

Encopresis y trastorno del aprendizaje en dos niños con inteligencia normal

MJ. Redondo Granada^a, A. Calderón Mancebo^b

^aPediatra.

^bMédico de familia.

CS Rondilla I, Valladolid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 209-219

M.º Jesús Redondo Granada, mredondo@gapva10.sacyl.es

Resumen

Se presentan dos casos de niños con encopresis que tuvieron mala evolución con el tratamiento habitual del estreñimiento. Durante el seguimiento se detectaron trastornos del aprendizaje, fonológico y de lectoescritura, con inteligencia normal en un caso y alta en otro. Han sido tratados específicamente (tratamiento ortofónico y logopédico) junto con terapia conductual, mejorando concomitantemente el trastorno de eliminación. Se recomienda la búsqueda activa de dificultades en el aprendizaje en niños encopreticos que no responden al tratamiento habitual mediante la anamnesis dirigida, particularmente en aquellos con inteligencia normal en los que pueden pasar desapercibidas. Si la anamnesis es sugerente, se recomienda realizar test cognitivos.

Palabras clave: Encopresis, Disfunción cognitiva, Dificultad en el aprendizaje.

Abstract

The study presents two cases of encopretic children resistant to standard treatment (continence training techniques). Learning disabilities were diagnosed during follow-up. Adding specific logopaedic therapy and behavioural techniques improved control over eliminatory functions. The study recommends the use of conducted anamnestic inquiry to search for learning disorders on encopretic children, especially on those with normal intelligence, more likely to be unperceived. Individuals with suggestive anamnesis should be performed cognitive test.

Key words: Encopresis, Cognition disorders, Learning disabilities.

Introducción

La encopresis se define como la eliminación de heces en la ropa interior o en

lugares inapropiados de forma repetida a una edad en la que se debería haber logrado el control. El DSM IV lo clasifica

dentro de los trastornos de la eliminación. Puede ocurrir por un fallo en el establecimiento del control del esfínter (encopresis primaria) o por una pérdida del hábito ya adquirido (encopresis secundaria). En la última década los estudios realizados apenas han aportado avances en la etiopatogenia y el tratamiento de la encopresis, y además los resultados encontrados son poco claros, probablemente por falta de criterios uniformes en la definición y etiología.

Asimismo, y pese a la gran proporción de niños con encopresis y dishabilidades intelectuales y a lo limitante que pueden resultar ambas entidades, hay pocos estudios sobre el origen de esta asociación¹. Problemas tales como la encopresis son percibidos como "normales" en algunas poblaciones, como ocurre en los niños con trastornos del desarrollo o del aprendizaje. Se presentan y discuten dos casos de niños con encopresis y trastornos del aprendizaje e inteligencia normal.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de seis años entre cuyos antecedentes familiares destacan que la madre es profesora de lengua y tuvo enuresis nocturna hasta los doce años. El

padre tuvo enuresis nocturna hasta los doce años y encopresis bajo tratamiento hasta los siete años; fuma 60 cigarrillos. Es un niño deseado que procede de un embarazo y parto normales. Entre los antecedentes personales consta una leve hipotonía de lactante que mejoró espontáneamente. Ha sido alimentado con lactancia artificial. Somatometría normal. El ritmo intestinal fue normal hasta los dos años, así como la consistencia de las heces. El test de Denver y la anamnesis realizada en los exámenes en salud en la edad escolar mostraban un desarrollo psicomotor normal.

La madre le quitó el pañal durante el día a los dos años, consiguiendo un buen control urinario pero no fecal, ante lo que respondió con pautas coercitivas. El niño comienza a retener voluntariamente las heces, aparece estreñimiento y encopresis que no mejoraron con los tratamientos de hábitos y farmacológicos. El control urinario nocturno se logró a los tres años y medio, y durante tres meses, apareciendo de nuevo la enuresis nocturna, así como síntomas de celotipia, al nacer el hermano. Es mal comedor habitual ("tiene que darle de comer la madre"), duerme bien. Según la madre es un niño malhumorado desde los dos años. Con respecto al ámbito familiar, la madre tien-

de a la sobreprotección y a desautorizar al padre. Éste tiene un papel secundario y distante en la crianza. El paciente fue derivado a la consulta de gastroenterología infantil donde se le prescribieron varios tratamientos para el estreñimiento con apenas alguna mejoría transitoria de la encopresis.

A la edad de cuatro años, y coincidiendo con los trámites de separación de los padres, aparecen cambios bruscos de humor e incontinencia urinaria diurna añadida a la fecal, así como negativa a defecar a pesar de no tener estreñimiento en esa temporada. Es valorado por el psicólogo del colegio debido a la situación familiar, quien detecta alteraciones en la pronunciación: dislalias que corrige con omisiones, adiciones y sustituciones, y lenguaje infantilizado. Presenta zurdería. La comprensión verbal es buena. Pruebas realizadas: test de Illinois, Peabody, test para evaluación del lenguaje expresivo y comprensivo y registro fonológico inducido de Monfort.

Se realiza, asimismo, interconsulta a psiquiatría infantil, donde la escala de inteligencia (WIPPSI) demuestra un CI total normal de 98, tanto en la escala verbal: (94) como en la manipulativa (101), y se diagnostica de trastorno fonológico. Se recomiendan *pautas de conducta* a la madre y *tratamiento orto-*

fónico con logopeda. Otros diagnósticos de psiquiatría fueron: trastorno adaptativo, problemas relativos al grupo primario de apoyo, inmadurez afectiva, ánimo subdepresivo, encopresis primaria y enuresis nocturna.

Se inicia tratamiento ortofónico a los cinco años y cuatro meses mediante la realización de ejercicios para la discriminación de fonemas alterados y juegos para la entonación de dichos fonemas, y se consigue una automatización completa en 37 sesiones. La mejoría del niño fue evidente tanto en la pronunciación como en la conducta y el humor. La madre refiere que "le ha mejorado la autoestima y la confianza en sí mismo"; también ha desaparecido la encopresis después de dos años y medio de evolución. Se le da el alta de logopedia en vacaciones y se recomiendan ejercicios para realizar en casa. En verano el paciente sufre una pérdida parcial de los logros en la pronunciación, y empeora concomitantemente la encopresis. No refiere ningún otro estrés añadido. Al comienzo del curso, inicia de nuevo el tratamiento con el logopeda y desaparece concomitantemente la encopresis en la primera semana de tratamiento.

La enuresis nocturna fue tratada con desmopresina sin respuesta y después con imipramina con respuesta parcial:

2-7 noches secas/semana. Posteriormente ha tenido recaídas leves de la encopresis y concomitantemente empeoramiento de la enuresis nocturna.

Caso 2

Varón de seis años, entre cuyos antecedentes familiares destacan: jaquecas en la rama materna y alteración del lenguaje en un tío. Entre los antecedentes personales hubo un ingreso en el período neonatal por ictericia y fue tratado con fototerapia. Tuvo un angioma tuberoso en cuello con resolución espontánea. Lactancia materna durante cuatro meses. Ingresado al año de vida por amigdalitis y bacteriemia sin secuelas. Desarrollo psicomotor normal. Durante los dos primeros años de vida el apetito y las deposiciones fueron normales. A partir de los 18 meses aparecen terrores nocturnos. Al niño le describen los padres como "nervioso y miedoso". Exploración física y somatometría normales. Tiene onicofagia y bruxismo que no mejora con tratamiento empírico antiparasitario.

El niño inicia el control diurno de esfínteres a los dos años y medio sin problemas, aunque tiene períodos con tendencia al estreñimiento. A partir de los tres años los padres refieren que tiende a negarse y a postponer el ir al baño. En una ocasión acude a urgencias por retención

de heces. A partir de entonces se le pautan diversos tratamientos con laxantes, fibra, enemas y normas higiénicas que sólo consiguen mejorías leves y temporales del estreñimiento. El niño retiene las heces y no quiere hacer fuerza, también tiene "miedo a mancharse". A los cuatro años y medio empieza con encopresis. La relación con los padres no es buena: en la consulta la madre ha pegado y gritado al niño por "mancharse de caca", y se aprecia en ella una actitud alternante de severidad con permisividad, con una autoridad irregular. El padre ocupa un lugar secundario. El niño en consulta se muestra hiperactivo y ha pegado bofetadas y patadas a sus padres; a veces suspira e impresiona como un niño con angustia. A los padres les cuesta tomar una actitud positiva con respecto a la encopresis a pesar de las recomendaciones: no culpabilizar al niño, no insistirle excesivamente, alabarle con los logros, etc.

El test de Denver así como la anamnesis realizada en los exámenes en salud de preescolar y escolar sobre adaptación escolar y aprendizaje siempre han sido normales, aunque al iniciar la escritura la enfermera detecta, en consulta, que escribe en espejo.

A los cinco años fue derivado a gastroenterología infantil, donde le pautan tratamiento higiénico y farmacológico

para el estreñimiento; mejora la consistencia de las deposiciones pero no la encopresis (el niño sigue negándose a hacer esfuerzo para defecar); incluso las pérdidas de heces se facilitaron al ablandarse las deposiciones, por lo que se retiraron los tratamientos farmacológicos. El niño come y duerme bien. Se pauta tratamiento para la enuresis nocturna primaria con desmopresina y después con imipramina sin éxito.

En el examen en salud de los seis años se le pregunta expresamente por la adaptación escolar y el aprendizaje. El rendimiento escolar es bueno, pero, según la tutora, el niño "aprende rápido y luego se distrae". La madre opina "que va bien, pero tiene poca confianza en sí mismo", también dice que tiene dificultades para distinguir algunas letras y fonemas escribiendo y, sobre todo, leyendo. No le gusta escribir ni leer. Se hace interconsulta con psiquiatría infantil para estudio del entorno familiar y conducta del niño, así como por un posible trastorno del aprendizaje. Los resultados muestran un CI por encima de la media WISC-R: CI verbal 131, CI manipulativo 126, CI total 133. Test de integración visomotora de Bender correspondiente a una edad de ocho años. Se diagnostica de posible trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) y dificultades

en la ortografía y la pronunciación. El estudio del logopeda detecta un trastorno en la lectoescritura, fundamentalmente en el lenguaje expresivo (test de Illinois, vocabulario del test de Boston) con distorsiones en el discurso en parte relacionado con la falta de concentración. Se dan pautas de refuerzo *positivo de conductas* y se inicia *tratamiento logopédico* mediante ejercicios de integración y automatización de determinados fonemas, ejercicios de praxias, coordinación fonorrespiratoria, entrenamiento en el análisis auditivo-visual, interiorización de la ortografía y aumento de la velocidad lectora. Seis meses después de iniciar el tratamiento logopédico y conductual el paciente ha mejorado la lectoescritura y la encopresis (deposición a días alternos y va él solo al baño), incluso a pesar de estar los padres en trámites de separación. Está pendiente de valorar tratamiento farmacológico específico del TDAH.

Discusión

El *trastorno del aprendizaje (TA)* o *dificultad del aprendizaje* se define como el *bajo rendimiento escolar* no esperado para la edad y capacidad de un niño en un medio educativo adecuado. Es decir, existe una discrepancia entre la capacidad, medida generalmente por el

cociente intelectual (CI), y el rendimiento valorado por los logros académicos. Según otros autores, el TA se mide por la *desigual capacidad entre las diferentes facetas del conocimiento*². El TA más frecuente (constituye 4/5 de los niños diagnosticados de TA) lo constituye la dislexia o dificultad para el aprendizaje verbal, que en sentido general puede abarcar tanto la lectura como la escritura. El núcleo del proceso patogénico de la dislexia parece asentar en el proceso fonológico: la dificultad en la percepción fonológica provoca deficiencias en la decodificación y el reconocimiento de las palabras. Otro tipo de TA lo constituye la dificultad del aprendizaje no verbal, que incluye la visión espacial, la percepción de signos emocionales y sociales no verbales y, fundamentalmente, las matemáticas (6 % de los escolares con inteligencia normal presentan un trastorno específico del aprendizaje de matemáticas). El trastorno de hiperactividad con déficit de atención también es una causa frecuente de TA². Se han encontrado múltiples alteraciones a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) en los niños con TA, tanto anatómicas como bioquímicas. Muchos de estos defectos neuronales tienden a ser globales y afectan a varias vías, lo que explica la alta frecuencia de co-morbili-

dad entre los diferentes trastornos de aprendizaje².

Por otra parte, es conocido que los problemas funcionales intestinales son infra-comunicados, lo mismo que ocurre con los desórdenes urinarios, tal vez por ser considerados como "normales" y, por lo tanto, inevitables o intratables. También es sabido que la encopresis puede asociarse a retraso general del desarrollo, inmadurez neurológica, déficits de aprendizaje y cognitivos, trastornos del habla y del lenguaje y pobre coordinación neuromuscular¹. Sin embargo, se encuentran pocos estudios epidemiológicos sobre prevalencia de la asociación entre trastornos específicos del aprendizaje (y menos aún con inteligencia normal) y encopresis. Uno de ellos es el de Stern de 1988; en él fueron realizados test cognitivos en un grupo de niños con encopresis³. Estos niños tuvieron unos resultados normales en las pruebas de inteligencia (WISC-R) tanto en las escalas verbales como en las manipulativas; sin embargo, en el 39 % hubo discrepancias entre los diferentes subtest (5 % de discrepancias en la población general).

Los hallazgos de Stern demuestran una alta prevalencia de dificultades del aprendizaje en niños encopreticos y sitúan el SNC, hipotéticamente, como punto común en la patogenia de la en-

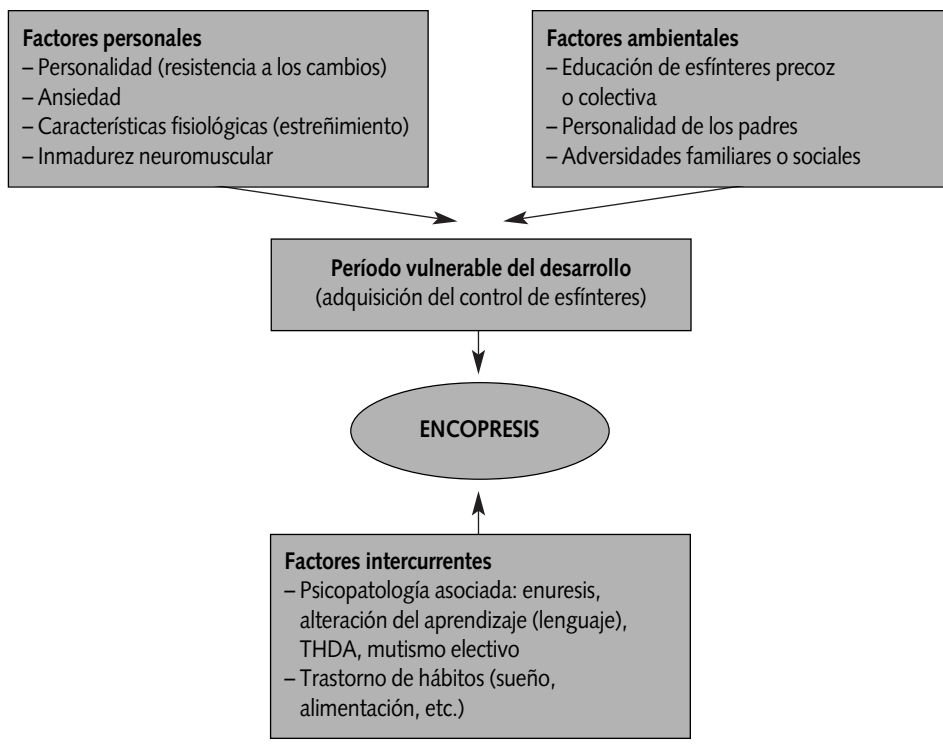
copresis y la *disfunción cognitiva*, o también podrían reflejar una común agresión al SNC y al aparato digestivo. Aunque las historias de los pacientes de Stern no revelaban factores de riesgo significativos en el embarazo ni en el período neonatal, esta asociación debería estar relacionada mediante algún factor genético o ambiental.

Wolters encuentra también una alta prevalencia de alteraciones del habla, del lenguaje y del aprendizaje; este último

parámetro hasta en el 46 % en niños encopréticos en edad escolar⁴. Otros autores han observado asimismo que los niños encopréticos presentan innatos defectos neurológicos y del aprendizaje, fundamentalmente del lenguaje^{5,6}.

La patogenia de la encopresis se explica como una interacción de diversos factores tanto personales como ambientales que actuarían en un período vulnerable^{6,7} (Figura 1). Asimismo, se describen una serie de síntomas asociados que pueden

Figura 1. Esquema de la patogenia de la encopresis.



influir y complicar el proceso, tales como alteraciones del sueño, rechazo de la comida, enuresis, habla inmadura, ansiedad, baja tolerancia al estrés, temperamento desigual, falta de seguridad en sí mismo y pobre relación con los padres. Dentro de los antecedentes frecuentemente encontrados en niños encopréuticos destacan la actitud coercitiva en el control de esfínteres y el miedo al aseo⁷. Bempoard (1978) describe una sinergia en la patogenia del proceso entre la inmadurez neuromuscular y una serie de factores familiares-sociales: enseñanza prematura y coercitiva del control de esfínteres, patrón familiar con ausencia frecuente del padre y madre emocionalmente errática y distante, desarrollo de un estilo de personalidad del niño no comunicativa, pasiva y dependiente⁵. Estas descripciones del entorno personal y familiar se superponen a las de nuestros dos casos.

Con relación al factor inmadurez, destaca el término "infantilismo vegetativo", propuesto por Popov para describir un retraso en la maduración de las funciones dependientes del sistema nervioso vegetativo autónomo y que podría constituir la base patogénica de problemas tales como: espasmos del sollozo, encopresis, enuresis nocturna y diurna y algunas alteraciones funcionales del sis-

tema cardiovascular y digestivo⁸. A favor de esta teoría está el hecho de que los trastornos de la eliminación tienden a mejorar en la adolescencia, al contrario que los demás trastornos psicopatológicos.

Desde una visión más psicodinámica, Smith opina que los niños con una conducta obsesiva son particularmente resistentes a la educación de los esfínteres (urinario y fecal). Esta resistencia debe ser enfocada como una conducta provocadora o desafiante, y la incontinencia mejor explicada por otros factores que un simple fallo en la adquisición del control esfinteriano⁹.

Un problema neuroevolutivo asociado también descrito es la disfunción en la atención que aparece en un 23 % de los niños encopréuticos¹⁰. Tal ocurre en el caso 2, en un niño con inteligencia alta, que está evolucionando lenta pero favorablemente con la terapia conductual y logopedia. Otra entidad cómorbid frecuente al TA y a la encopresis, aunque no en los casos presentados, es el mutismo electivo.

En la historia clínica de los dos casos aquí presentados hay múltiples factores con los que establecer una relación etiopatogénica de la encopresis, tanto en la personalidad de los niños como en su entorno: nacimiento de un hermano,

disfunción familiar, separación de los padres, etc.; pero conviene no olvidar otros factores neuroevolutivos asociados tales como la enuresis nocturna, la TDHA y los problemas de aprendizaje, en particular la discordancia entre la inteligencia global y alguna de las facetas del aprendizaje (fundamentalmente del lenguaje o fonológica).

No existen pautas específicas sobre el tratamiento de la encopresis. Sin embargo, la literatura muestra que cuando fracasa el protocolo del tratamiento del estreñimiento, el abordaje interdisciplinario, incluyendo la intervención neuroconductual, es el más exitoso para los niños con encopresis intratable y con problemas asociados¹¹. El tiempo necesario de tratamiento suele ser prolongado^{1,6}. Smith publica tres niños con encopresis resistente al tratamiento y con trastornos del aprendizaje leve en quienes hubo buena respuesta con técnicas conductuales: *shaping* (aproximación gradual al baño), *fading* (reducción del uso de pañal) y recompensa con los éxitos en la eliminación. El tiempo de terapia necesario varía según el grado de obsesión y resistencia a los cambios del niño⁹.

En relación con la evolución de la psicopatología asociada, según Levin, el tratamiento exitoso de la encopresis, in-

cluso sin psicoterapia, conlleva secundariamente una mejora en la conducta: disminuyen los síntomas de ansiedad y depresión¹². También puede ocurrir a la inversa: cuando mejoran los rasgos psicopatológicos asociados, mejora la encopresis^{11,13}, tal ocurrió en el caso 1: la mejoría del trastorno fonológico mejoró claramente la encopresis, por lo que parece que las evoluciones favorables de las diversas alteraciones comórbidas interaccionan, y probablemente también el empeoramiento, como ocurre en nuestro caso 1, en el que empeoraron paralelamente el trastorno de pronunciación y la encopresis, así como la encopresis y la enuresis.

Hay pocas publicaciones con respecto del tratamiento con medicamentos psicotrópicos. Fleisher defiende el tratamiento con estimulantes del SNC de los niños encopreticos con disfunción en el neurodesarrollo porque reducen la distraibilidad del niño y mejoran la hiperactividad y los problemas de aprendizaje y comportamiento, lo cual conlleva una mejoría del estado emocional del paciente¹⁴. No se han encontrado ensayos clínicos con fármacos psicotrópicos más modernos.

Como conclusión, en la encopresis que no responde al tratamiento habitual se recomienda profundizar en la historia

clínica en busca de trastornos cómorbidos de desarrollo conductual, emocional y psicosocial¹¹. Asimismo, se destaca el interés de la búsqueda activa de trastornos del aprendizaje mediante anamnesis dirigida en los niños con encopresis, concretamente en la esfera del lenguaje, tanto hablado como escrito, incluso en niños con inteligencia normal o alta, en quienes las dificultades de aprendizaje pueden pasar desapercibidas a padres y profesores. Sin embargo,

la inteligencia normal o alta y la detección precoz podrían constituir factores pronósticos positivos. El tratamiento más exitoso es multidisciplinar: por un lado la terapia conductual y por otro el tratamiento de los factores asociados: estreñimiento, hiperactividad, enuresis nocturna, dislexia, etc. El pediatra debe abordar y coordinar este tratamiento para evitar la cronificación del proceso y sus consecuencias a largo plazo sociales, emocionales y familiares¹¹.

Bibliografía

1. Smith LJ. A behavioural approach to the treatment of non-retentive encopresis in adults with learning disabilities. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40: 130-139.

2. Reid Lyon G, Fletcher JM. Diagnóstico y tratamiento de la incapacidad de aprendizaje. La experiencia de EE.UU. En: *Aprendizaje en la infancia*. Anales Nestlé (Ed esp) 2002; 59 (3):122-131.

3. Stern HP, Lowitz GH, Prince MT, Altshuler L, Stroh SE. The incidence of cognitive dysfunction in an encopretic population in children. *Neurotoxicology* 1988; 9(3): 351-357.

4. Wolters WHG. A comparative study of behavioral aspects in encopretic children. *Psychotherapy*. *Psychosomatics* 1974; 24: 86-87.

5. Bempoard JR, Kresch RA, Asnes R and Wilson A. Chronic encopresis as a paradigm of a multifactorial psychiatric disorders. *Journal Nerv Ment Dis* 1978; 166(71): 472-479.

6. Groves JA. Interdisciplinary treatment of encopresis in individuals with developmental disorders: need and efficacy. *Monogr Am Assoc Ment Defic* 1982; 5: 279-327.

7. Bellman M. Studies on encopresis. *Acta Paediatr Scand* 1966; Supl 70: 1-137

8. Popov I. Autonomic infantilisi. *Med Pregl* 1989; 42: 41.

9. Smith L, Smith P, Lee SK. Behavioural treatment of urinary incontinence and encopresis in children with learning disabilities: transfer of stimulus control. *Dev Med Child Neurol* 2000; 42(4): 276-279.

10. Jhonston BD, Wright JA. Attentional dysfunction in children with encopresis. *J Dev Behav Pediatr* 1993; 14(6): 381-385.

11. Buttross S. Encopresis in the child with a behavioral disorder: when the initial treatment does not work. *Pediatr Ann* 1999; 28 (5): 317-321.

12. Levine MD, Mazonson P, Bakov H. Behavioral symptoms substitution in children cured of encopresis. *Am J Dis Child* 1980; 134: 663-667.

13. Cox DJ, Morris JB, Borowitz SM, Sutphen JL. Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *Pediatr Psychol* 2002; 27(7): 585-589.

14. Fleisher DR. Diagnosis and treatment of disorders of defecation in children. *Pediatr Ann* 1976; 5(11): 700-722.



