

Encopresis en niños atendidos en consulta externa de psiquiatría infantil

Encopresis in children treated in an outpatient clinic of child psychiatry

Rosa María Berovides Antón^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0029-6350>

Dania Díaz Maren¹ <https://orcid.org/0000-0001-9330-9717>

¹Hospital Pediátrico Docente Sur. Dr. Antonio María Béguez César, Departamento Psiquiatría Infantil. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rosaberovides@infomed.sld.cu

RESUMEN

La encopresis, también llamada incontinencia fecal o evacuación involuntaria de los intestinos, es el paso repetido de heces (por lo general involuntario) hacia la ropa. Suele suceder cuando las heces retenidas se acumulan en el colon y el recto; el colon se llena demasiado y las heces líquidas se filtran alrededor de las heces retenidas, lo que termina manchando la ropa interior. Apreciamos lo poco que se ha investigado este trastorno, que es abordado de forma breve y generalmente asociado a otros síntomas como la enuresis en los textos de psiquiatría y pediatría. Brindar información acerca de aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, causas, síntomas y opciones terapéuticas, entre otros, es el objetivo de esta publicación. Los niños encopréticos son objetos de burlas, rechazo y manifestaciones agresivas de quienes lo rodean, pues consideran que este síntoma es producto de malacrianza o falta de vergüenza. La consulta de psiquiatría es importante ya que casi la mitad de los niños presentan problemas psicológicos que pueden ser la causa de la incontinencia o parte de las repercusiones. Se concluye que es pertinente implementar y promover medidas de prevención por parte de los médicos de atención primaria, que involucren no solo a los pacientes y sus familiares, sino también al personal responsable de los niños en las escuelas, círculos infantiles y lograr una adecuada adherencia al tratamiento multimodal. La mayor parte de los factores asociados son modificables como los malos hábitos para la defecación y los dietéticos.

Palabras clave: encopresis; niños; adolescentes.

ABSTRACT

Encopresis, also called fecal incontinence or involuntary bowel movement is the repeated passage of stool (usually involuntary) into clothing. It usually happens when retained stool accumulates in the colon and rectum; the colon becomes too full and liquid stools seep around the retained stool, which ends up staining the underwear. We noticed how little research has been done on this disorder, which is addressed briefly and generally associated with other symptoms such as enuresis in psychiatry and pediatrics texts. Providing information about epidemiological aspects, pathophysiological aspects, causes, symptoms and therapeutic options, among others, is the objective of this publication. Encopretic children are objects of ridicule, rejection and aggressive manifestations of those around them, because they consider that this symptom is the product of churlishness or lack of shame. The psychiatry consultation is important since almost half of the children have psychological problems that can be the cause of incontinence or part of the repercussions. It is concluded that it is pertinent to implement and promote prevention measures by primary care physicians, involving not only patients and their families, but also the staff responsible for children in schools, kindergartens and achieving adequate adherence to multimodal treatment. Most of the associated factors are modifiable such as bad habits for defecation and dietetics.

Keywords: encopresis; children; adolescents.

Recibido: 26/02/2021

Aceptado: 02/10/2021

Introducción

Los trastornos excretorios son un problema frecuente en las edades pediátricas. Según publicaciones internacionales, representan 3% de las consultas en pediatría general y entre 10 y 25% de aquéllas en gastroenterología infantil.^(1,2,3)

El término "encopresis" (que proviene del griego *kopros*: deposición) fue acuñado por *Weissenberg*, en 1926, para describir la incontinencia fecal de origen psicológico y no propiamente orgánico, mientras que el término "incontinencia fecal" era reservado para las enfermedades orgánicas. Más tarde, a partir de los clásicos estudios de *Levine* y otros, el término encopresis fue expandido para referirse a ambos tipos de incontinencia y en la literatura médica anglosajona, especialmente la norteamericana, dicha tendencia ha subsistido.^(1,2,3)

Según el Manual de Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) la encopresis se caracteriza por:⁽⁴⁾

- Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados sea involuntaria o intencionada.
- Un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- La edad cronológica es de por lo menos 4 años.
- La conducta no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Suele provocar problemas en el niño tanto en el ámbito familiar como en el social. La encopresis se caracteriza por la eliminación de forma involuntaria de excrementos ya formados, semiformados o líquidos, repetidamente en lugares inapropiados para ello, es decir, en la ropa o el suelo. Debe de producirse después de los 4 años, una vez que el niño ha aprendido a utilizar el inodoro. La encopresis junto con la enuresis, conforma los trastornos de la eliminación. Afecta a niños de entre cuatro a nueve años de edad, y es causa de malestar de aquellos que lo sufren. Esta falta de control es problemática cuando tiene lugar en sitios inadecuados, ya sea una incapacidad voluntaria o intencionada.⁽⁴⁾

Según algunos autores,^(3,5,6) por lo general, el niño no es consciente de lo ocurrido hasta que no se le están escapando las heces. En algunas situaciones puede tratarse de un acto voluntario para conseguir atención.

Es más frecuente en los niños varones. En torno a los tres años de edad, 16 % de los niños muestran todavía signos de incontinencia fecal una vez a la semana o más, pero alrededor de los cuatro años solo está presente en 3 % de los pequeños, mientras que por encima de los siete años afecta a menos de 1 % de los niños.^(1,3,5,7)

Aproximadamente, un tercio de los niños que presentan encopresis también sufren de enuresis. Cuando se da la coexistencia de ambos trastornos, en 20 % de los casos hablamos de enuresis diurna y también cabe mencionar que 10 % de las niñas que padecen de enuresis y encopresis, tienen infecciones urinarias recurrentes.

La encopresis puede ser un trastorno en la estructuración psíquica o un síntoma que, como tantos otros, puede encontrarse en diferentes estructuras psíquicas y que no define un cuadro psicopatológico. Sin embargo, podemos precisar algunas características generales y algunos nudos conflictivos que se repiten en los niños encopréticos. Niños pasivos, ansioso, que manifiestan su agresividad de forma inmadura. Niños negativistas, con rasgos obsesivos, en los que la encopresis viene a ser el rechazo a someterse a la norma social.^(1,2,6,7,8,9)

La encopresis puede inscribirse en el marco de una conducta con una dimensión perversa dominante: regresión o fijación en un modo de satisfacción arcaica, centrada a la vez en la retención y posteriormente en la erotización secundaria de la conducta desviada.^(6,7) 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.^(1,2,6,7,9)

Brindar información acerca de aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, causas, síntomas y opciones terapéuticas, entre otros, es el objetivo de esta publicación.

Encopresis funcionales y otras causas

Clasificación

- Estreñimiento funcional: deben estar presentes dos o más de los siguientes aspectos en un niño con una edad de desarrollo de al menos cuatro años y que cumple criterios insuficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable:^(1,3,5)
 - Dos o menos defecaciones en el cuarto de baño por semana.
 - Al menos un episodio de incontinencia fecal a la semana.
 - Historia de posturas retentivas o retención voluntaria de heces excesiva.
 - Presencia de una masa fecal voluminosa en el recto.
 - Historia de heces de gran diámetro que pueden obstruir el inodoro.
 - Los criterios deben estar presentes al menos una vez por semana durante dos meses.
- Incontinencia fecal no retentiva: deben estar presentes todos los aspectos siguientes en un niño con una edad de desarrollo de al menos cuatro años:
 - Defecaciones en lugares inapropiados para el contexto social al menos una vez al mes.
 - No evidencia de un proceso inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas del sujeto.
 - No evidencia de retención fecal.

Fisiopatología

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 disminución 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 (adopta una postura erecta con las piernas juntas, contrae 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. 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.^(5,7,8)

Epidemiología

Algunos autores^(6,9,10) afirman que la encopresis es un trastorno común que afecta entre el 1y 3 de niños mayores de cuatro años. El control esfinteriano rectal se adquiere progresivamente con la edad. En culturas occidentales son encopréticos alrededor de 5 % de los niños de 4 años. A los 16 años no hay prácticamente ninguno, ya que la encopresis declina con la edad en un porcentaje muy elevado (28 %). El riesgo relativo de los niños es de 3 a 6 veces superior a partir de los 4 años de edad. Los episodios de encopresis son más frecuentes durante el día que por la noche. La encopresis no se asocia con la clase social, el orden del nacimiento o tamaño familiar-

Causas

Las causas de la encopresis suelen ser funcionales, aunque existen factores ambientales que están presentes y contribuyen a su desarrollo y permanencia en el tiempo, tales como:

- Estreñimiento: en la mayor parte de los casos, la encopresis es el resultado de un estreñimiento crónico. Al alargarse el tiempo de retención en el organismo, las heces tienden a ser más duras y secas, que supone una mayor dificultad para su expulsión y que el niño evite querer defecar. Esta acumulación provoca que progresivamente haya una pérdida de las heces blandas o líquidas y reducción notable del movimiento intestinal.
- Problemas emocionales: El estrés o situaciones nuevas que impliquen cambios adaptativos en el niño pueden generar encopresis, como por ejemplo, empezar el colegio o cambiar a uno nuevo, la separación de los padres o el nacimiento de un hermano.^(1,2,10,11)
- Otras: La encopresis también puede deberse a que el proceso de ir al baño haya sido prematuro, difícil o complicado, a que se hayan producido cambios nutricionales o incluso a que, por diferentes motivos, hayan surgido cambios de horarios para ir al baño. Inercia colónica, una afección en la cual el colon no mueve las heces como debería. Daños a los nervios del músculo al final del tracto digestivo (esfínter anal). Esto impide que se cierre de manera adecuada. Infecciones rectales o desgarros.^(9,10,11,12)
- Otros problemas de salud pueden causar estreñimiento crónico. Estos incluyen la diabetes, el hipotiroidismo, la enfermedad de Hirschsprung y la enfermedad inflamatoria intestinal.^(9,10,11)

Signos y síntomas

Los síntomas de cada niño pueden variar. Pueden incluir, por ejemplo: heces flojas o aguadas. La necesidad de tener una evacuación intestinal con poco o ningún aviso, lo que se conoce como defecación involuntaria. Puede mancharse la ropa interior si no puede llegar a tiempo al baño. Rascarse o frotar la zona anal, porque está irritado por heces acuosas. Alejarse de los amigos, la escuela o la familia. Ocultar la ropa interior sucia.^(11,12,13)

Los niños con encopresis con estreñimiento (o estreñimiento funcional) tienen un número reducido de movimientos intestinales con deposiciones voluminosas de consistencia alterada (demasiado blandas o demasiado compactas). A menudo experimentan dolor durante la defecación. Son típicos el dolor abdominal y la disminución del apetito. El tiempo de tránsito colónico está aumentado y son palpables masas abdominales y rectales. En ecografía, el diámetro rectal está aumentado (>25mm). A menudo coexiste la incontinencia urinaria diurna o incluso la enuresis. En 30-50% de los casos se encuentran trastornos emocionales y conductuales adicionales y, por último, es útil la terapia con laxantes.^(12,13,14)

Los niños con encopresis sin estreñimiento (incontinencia fecal no retentiva) no tienen muchos de estos síntomas. Tienen movimientos intestinales diarios de tamaño y consistencia normal. El dolor no es frecuente y el apetito es bueno. El tiempo de tránsito colónico es normal y no se pueden palpar masas de heces.⁽¹⁴⁾

La mayoría de los niños con encopresis dicen que no tienen ganas de defecar antes de ensuciar su ropa interior. Los episodios de suciedad generalmente ocurren durante el día, mientras el niño está despierto y activo. Muchos niños en edad escolar se ensucian en la tarde, después de regresar de la escuela. Ensuciar por la noche es poco común.^(13,14,15,16)

Factores de riesgo

Se ha señalado^(15,16,17,18) que la encopresis es más frecuente en los niños. Los siguientes factores de riesgo pueden extender las posibilidades de padecer encopresis:

- Tomar medicamentos que pueden provocar estreñimiento, como los antitusígenos.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Trastorno del espectro autista.
- Sufrir episodios de ansiedad o depresión.

Diagnóstico

Se ha referido^(17,18,19) que la valoración de los niños con encopresis debería ser lo menos invasiva posible y debería incluir siempre a los padres u otros cuidadores. Para la mayoría de los niños es suficiente una evaluación básica que puede ser llevada a cabo en el marco de la atención primaria.

La historia es el aspecto más importante de la valoración. Si está correcta y dirigida, de manera empática, la información más relevante se va a recoger a través de la historia. Merece la pena tomarse el tiempo suficiente durante la consulta inicial. ^(18,19,20)

Los cuestionarios pueden ser un procedimiento útil y económico en términos de tiempo para obtener información y comprobar si la información recogida a través de la historia es completa.

Complicaciones

La encopresis puede causar problemas físicos y emocionales. La materia fecal que se está acumulando (impactada) en el intestino puede causar dolor de vientre (abdominal). También puede causar pérdida de apetito. Algunos niños pueden tener infecciones de la vejiga. Los niños con encopresis, a menudo, se sienten molestos por los accidentes que tienen cuando manchan su ropa. En la mayoría de los casos no pueden controlar esta fuga de heces. Esto puede afectar cómo se sienten acerca de sí mismos o su autoestima. También puede afectar a cómo se enfrentan a otras personas. Los niños suelen sentirse avergonzados o incómodos por este problema. Pueden evitar ir a la escuela, jugar con amigos o pasar la noche fuera de casa. Estas complicaciones pueden prevenirse con un diagnóstico precoz y sobre todo con un tratamiento oportuno. ^(20,21,22)

Pronóstico

Depende de la causa. En la mayoría de los casos, tiende a desaparecer con la edad y desaparece completamente en la adolescencia, sin embargo, las repercusiones pueden ser más duraderas. Por último, no hay que olvidar que una buena evaluación y un tratamiento oportuno, lleva a una mejor evolución y menores repercusiones. ^(20,21,22)

Tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento, si hemos descubierto problemas como una fobia al baño o vergüenza para usar el baño del colegio, tendremos que tratarlo en primer lugar y solo después empezar el tratamiento exclusivo de la encopresis. ^(18,19,20,21)

La forma más efectiva de tratamiento es cuando se combina medicación y tratamiento psicológico. Hay niños que responden de forma positiva al tratamiento en cuestión de meses y otros, con casos más complicados, que necesitan años.

En el tratamiento farmacológico de la encopresis no retentiva se utiliza imipramina y para el tratamiento de la encopresis por estreñimiento se prescriben enemas o laxantes, para descongestionar el colon y que este funcione con normalidad.

Los tratamientos aceptados tradicionalmente están relacionados con la combinación de tratamientos educativos, psicosociales y conductuales y un régimen fisiológico. ^(20, 21,22)

Dentro del tratamiento psicológico se utilizan diferentes técnicas:

- Modificación de conducta: implica la evaluación de las circunstancias ambientales y fisiológicas que anteceden a la deposición; y su modificación para que puedan llegar a producirse una rutina continuada y satisfactoria. ^(21,22,23)
- Entrenamiento y psicoeducación para padres, ya que necesitan saber cómo actuar ante la situación. ^(22,23)
- Psicoterapia para los problemas emocionales asociados como son la ansiedad, fobia a la defecación, baja autoestima y los posibles sentimientos de culpa y de vergüenza que se generan a raíz del problema. ^(20,21,22,23,24,25,26,27)

La encopresis es una enfermedad frecuente en la infancia, con alta prevalencia en el menor de 5 años, es mucho menos común que la enuresis (aunque las dos pueden coexistir); los padres necesitan entender que la incontinencia fecal se asocia a alteraciones emocionales y no es simplemente un mal comportamiento, es conveniente llevar a cabo un sistema de reforzamiento de la conducta adecuada, minimizar los castigos y supervisar el tratamiento.

Conclusiones

Es pertinente implementar y promover medidas de prevención por parte de los médicos de Atención Primaria, que involucren no solo a los pacientes y sus familiares, sino también al personal responsable de los niños en las escuelas, círculos infantiles y lograr una adecuada adherencia al tratamiento multimodal, así como las intervenciones que permitan una atención integral asertiva en esta etapa de la vida. La mayor parte de los factores asociados son modificables como los malos hábitos para la defecación y los dietéticos.

Referencias bibliográficas

1. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M, *et al.* Functional Disorders: Children and Adolescents. *Gastroenterology*. 2016 [acceso 01/09/20];150:1456-68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27144632/>
2. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Tamini J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006 [acceso 01/09/20];130:1519-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16678565/>
3. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV - Functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016 [acceso 01/09/20];150:1257-492. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27147121/>

4. von Gontard A. Encopresis (versión en español, editor: Hermosín Carpio N). In: Rey JM, editor. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2017 [acceso 04/08/2021]. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/C.5-Encopresis-SPANISH-2017.pdf>
5. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016 [acceso 01/09/20];150: 1262-79. Disponible en: https://scholar.google.com/cu/scholar?q=Drossman+DA.+Functional+Gastrointestinal+Disorders:+History,+Pathophysiology,+Clinical+Features,+and+Rome+IV.+Gastroenterology.+2016%3B+150:+1262-79.&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
6. Koppen IJ, Vriesman MH, Saps M, Rajindrajith S, Shi X, van Etten-Jamaludin FS, *et al*. Prevalence of functional defecation disorders in children: a systematic review and meta-analysis. *J Pediatr*. 2018 [acceso 01/09/20];198:121-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29656863/>
7. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, *et al*. Prevalence of Pediatric Functional Gastrointestinal Disorders Utilizing the Rome IV Criteria. *J Pediatr*. 2018 [acceso 01/09/20];195:134-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29398057/>
8. Mata M, da Cuña R. Estreñimiento y encopresis. *Pediatr Integral*. 2015 [acceso 01/09/20];19:127-38. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-02/estrenimiento-y-encopresis/>
9. Sánchez F, Gilbert JJ, Bedate P, Espín B. Estreñimiento y encopresis. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP*. Madrid: Ergon; 2010;7:53-65.
10. Carbajo Ferreira AJ. Estreñimiento. *FAPap Monogr*. 2018 [01/09/20];4:18-30. Disponible en: https://monograficos.fapap.es/adjuntos/monografico-gastro/05_Estrenimiento.pdf
11. Cilleruelo Pascual M, Fernández Fernández S. Estreñimiento. En: Argüelles Martín F, García Novo M, Pavón Belinchón P, Román Riechmann E, Silva García G, Sojo Aguirre A, editores. *Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHP Madrid*: Ergon; 2010. p. 111-22.
12. *Trastornos Gastrointestinales Funcionales Pediátricos. TFGI Criterios Roma IV. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada*. Madrid: Asociación madrileña de Pediatría de Atención Primaria; 2017 [acceso 01/09/20]. Disponible en: http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2017/04/2017_GastroSur_TFGI.pdf
13. Saps M, Velasco-Benítez CA, Langshaw AH, Ramírez-Hernández CR. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents: comparison between Rome III and Rome IV criteria. *J Pediatr*. 2018 [acceso 01/09/2020];199:212-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29747935/>
14. Miceli Sopo S, Arena R, Greco M, Bergamini M, Monaco S. Constipation and cow's milk allergy: a review of the literature. *Int Arch Allergy Immunol*. 2014;164:40-5.
15. Beatriz Espín J. *Guía de estreñimiento en el niño*. Madrid: Ergon. 2015.

16. Sánchez Ruiz F, Gilbert JJ, Bedate Calderón P, Espín Jaime B. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. Estreñimiento y encopresis. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2020 [acceso 01/09/2020]. Disponible en: <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNP.pdf>
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. Constipation in children and young people. Diagnosis and management of idiopathic childhood constipation in primary and secondary care. London: RCOG Press; 2010 [acceso 01/09/20]:248. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG99/>
18. Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, et al. Recomendaciones de ESPGHAN y NASPGHAN, basadas en la evidencia para la evaluación y tratamiento del estreñimiento funcional en infantes y niños. *Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58:265-81.
19. Gordon M, MacDonald JK, Parker CE, Akobeng AK, Thomas AG. Osmotic and stimulant laxatives for the management of childhood constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD009118. DOI: [10.1002/14651858.CD009118.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009118.pub3)
20. Wojtyniak K, Szajewska H. Systematic review: Probiotics for functional constipation. *Eur. J. Pediatr*. 2017;176:1155-62. DOI: [10.1007/s00431-017-2972-2](https://doi.org/10.1007/s00431-017-2972-2).
21. Jin L, Deng L, Wu W, Wang Z, Shao W, Liu J. Systematic review and meta-analysis of the effect of probiotic supplementation on functional constipation in children. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:e12174. DOI: [10.1097/MD.00000000000012174](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012174)
22. Houssayni S. Encopresis. In: Kellerman RD, Bope ET, editors. *Conn's Current Therapy* 2018. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2018 [acceso 01/09/20]:1176-8. Disponible en: <https://www.healthing.ca/other/encopresis>
23. Mateos Diego MA. Estreñimiento y Encopresis. *Rev Pediatr Integ*. 2019 [acceso 01/09/20];XXIII(8):417-25. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-ab&q=Mateos%2CM.+2019.+Estre%C3%B1imiento+y+Encopresis.+Pediatr%C3%ADa+Integral%2C+417>
24. Mota Barros A, Turner TL. Toilet training: methods, parental expectations and associated dysfunctions. *J Pediatría (Brasil, Rio de Janeiro)*. 2008;84(1). DOI: <https://doi.org/10.2223/JPED.1752>
25. Hallin A. Niños y familia. Trastornos de la excreción: Enuresis y Encopresis. España, Málaga: Hallin Mental Care; 2020 [acceso 01/09/20]. Disponible en: <https://www.hallinmentalcare.com/psicologia-ninos-familia/trastornos-de-la-excrecion-enuresis-y-encopresis/>
26. Widal MB. La incontinencia en los más pequeños: enuresis y encopresis infantil. *Rev chil pediatr*. 2005 [acceso 01/09/20];76(1). Disponible en: <https://revistadigital.inesem.es/educación-sociedad/enuresis-encopresis25/10/2017>
27. Sood MR. Functional fecal incontinence: Definition, clinical manifestations, and treatment. *J Pediatrics*. 2015 [acceso 01/09/20];166(6):1482-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347615002632>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.