

CONSTIPACION

*Dra. Teresa S. Tellería Irigoyen; **Dr. Walter Miranda Aguirre
* Médico Familiar policonsultorio El Alto COSSMIL; **Director Policlínica 18 de Mayo CNS

DEFINICION

Se entiende por constipación o estreñimiento a la presencia de los siguientes síntomas: heces duras, evacuación infrecuente (menos de tres veces por semana), esfuerzo excesivo, sensación de bloqueo, evacuación incompleta o frustrada o maniobra digital para facilitarla, tomando en cuenta que existan dos o más de estas condiciones presentes por al menos 3 meses en el último año.

Cualquier disminución en el ritmo evacuatorio habitual suficiente para causar disconfort, debe ser considerada constipación y requiere evaluación por el médico.

EPIDEMIOLOGIA

La constipación es un síntoma de consulta frecuente en el consultorio de atención primaria, que afecta entre 2 y 7% de la población en países occidentales, siendo más frecuente en mujeres y ancianos, en los cuales un 26% afecta a hombres y 34% a mujeres, con la consecuente alteración en su calidad de vida.

FACTORES DE RIESGO

Existen numerosos factores que afectan la motilidad colónica, la más frecuente una dieta pobre en aporte con fibra, otras como el síndrome del intestino irritable, tránsito colónico lento, disfunción del piso pelviano, medicamentos, enfermedades sistémicas, anomalías estructurales, congénitas.

ETIOPATOGENIA

CONSTIPACION DE TRANSITO NORMAL:

*Pacientes constipados que tienen un tránsito colónico normal incluyendo el síndrome de intestino irritable de predominio constipación, donde el síntoma principal es el dolor que cede tras la defecación.

*La constipación funcional que es un desorden funcional con sensación de defecación

incompleta, dificultosa e infrecuente, que no cumple con los criterios de síndrome de intestino irritable y en el que no se ha demostrado anomalías fisiológicas.

CONSTIPACION DE TRANSITO LENTO O INERCIA COLONICA: Principalmente en mujeres jóvenes, que presentan movimientos intestinales infrecuentes (1 o menos a la semana) pudiendo acompañarse de síntomas como meteorismo y malestar abdominal.

La base de este tránsito lento puede estar en relación a la dieta, hábitos, y en otros probablemente tiene una base fisiopatológica con un enlentecimiento del movimiento del colon proximal al distal.

Se ha sugerido que existen 2 subtipos de constipación con tránsito lento:

1.- Inercia colónica relacionada posiblemente a un deterioro de la actividad colónica propulsiva, cuya ausencia se manifiesta en el tiempo prolongado de permanencia del residuo fecal en el colon derecho.

2. Aumento de actividad motora no coordinada en el colon distal que produce una barrera funcional o resistencia al tránsito normal.

La distinción entre estos dos mecanismos requiere de manometría colónica.

DISFUNCION O DISINERGIA DEL PISO PELVIANO

: Es una forma de constipación que presenta síntomas de dificultad defecatoria o sensación de evacuación incompleta, debido a causas orgánicas como rectocele, intususcepción o prolapso rectal, sigmoidecele obstructivo y descenso perineal excesivo; o funcionales como historia de abusos sexuales o físicos, falta de coordinación entre la contracción o relajación de músculos abdominales y perineales al defecar.

Estas alteraciones pueden diagnosticarse clínicamente y por exámenes complementarios como la defecografía.

CAUSAS DE CONSTIPACION

1.-BAJO APOORTE DIETARIO EN FIBRAS

2.- SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ROMA II PARA SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Al menos 12 semanas no necesariamente consecutivas, en los últimos 12 meses, de disconfort abdominal o dolor que se acompaña de al menos dos de los siguientes:

- alivio con la defecación
- inicio asociado con cambios en la frecuencia de las deposiciones
- inicio asociado con cambios en la forma de las deposiciones

síntomas que acumulativamente apoyan el diagnóstico de síndrome de intestino irritable:

- deposición anormal con una frecuencia superior a 3 evacuaciones al día o menos de 3 a la semana
- consistencia anormal de las deposiciones(duras/o blandas)
- urgencia para defecar, evacuación incompleta
- salida de mucus
- sensación de plenitud, distensión abdominal.

3.- TRANSITO COLONICO LENTO

Causa no obstructiva más frecuente en la constipación de los ancianos.

4.- DISFUNCION DEL PISO PELVIANO

Síndrome puborectal

Síndrome del periné descendido

Rectocele y enterocele

5.- INDUCIDA POR MEDICAMENTOS

Antiácidos que contienen aluminio y calcio, Anticolinérgicos(antihistamínicos y antidepresivos), Bloqueantes de los canales del calcio, Hierro, Levodopa, Bario, Bismuto, AINE, Opiáceos, Clonidina, Sucralfato

6.- ENFERMEDADES SISTEMICAS

Dibetes mellitus(20% pacientes con neuropatía diabética), hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, trastornos neurológicos, insuficiencia renal, hipokalemia, uremia, deshidratación, Porfirio, esclerodermia, Chagas, enf Parkinson, depresión, demencia, accidente vascular encefálico, embarazo.

7.- ANORMALIDADES ESTRUCTURALES

Tumores, enfermedad diverticular complicada con estenosis, enfermedad inflamatoria intestinal, prolapso rectal, fisuras, estenosis, estenosis del colon extraluminales.

8.- CONGENITAS

Enf de Hirschprung.

EVALUACION DEL PACIENTE

La historia clínica y el examen físico son útiles para orientar el diagnóstico. Se debe interrogar sobre toma de medicamentos prescritos u homeopáticos, sobre el uso de laxantes, tipo, frecuencia, dosis y efecto. La ingesta de fibras y síntomas asociados hacia patología de enfermedades sistémicas o estructurales. Son importantes los antecedentes patológicos del paciente como cirugías pelvianas previas y los de su familia como el cáncer de colon en familiares de primer grado.

Presencia de síntomas tales como la disminución de la frecuencia evacuatoria intestinal menos de 3 veces por semana, y la falta de sensación de urgencia para evacuar el intestino con el tránsito colónico lento y la presencia de los criterios de Manning (aumento de la frecuencia de los movimientos intestinales con dolor, pérdida de los movimientos intestinales con dolor, distensión abdominal visible, sensación de evacuación incompleta, alivio del discomfort con los movimientos intestinales y pasaje de moco por el recto).

PREGUNTAS ESENCIALES

- 1.- ¿Qué entiende el paciente por estreñimiento?
- 2.- ¿Cuándo empezaron los síntomas?
- 3.- ¿Hay otros síntomas asociados?
- 4.- ¿Hay otros síntomas generales?
- 5.- ¿Qué medicamentos está tomando?

Se debe buscar dirigidamente los síntomas de alarma como son el inicio tardío de constipación o

el cambio en el perfil de constipación habitual, sangre en las heces, pérdida de peso, anorexia.

Una evaluación de la forma de las deposiciones puede orientar sobre el tiempo de tránsito colónica.

Interrogar sobre el síntoma predominante o la presencia de síntomas como dolor o distensión que alivian con la defecación, los que orientan a síndrome de intestino irritable.

La disfunción del piso pelviano se sospecha si hay esfuerzo excesivo y prolongado antes de defecar, uso de supositorios o enemas, necesidad de compresión vaginal, perineal o digitación rectal para el paso de las heces.

El examen físico debe tomar en cuenta la presencia de enfermedades sistémicas y realizar

un examen detallado del área rectal y perineal para detectar cicatrices, fístulas, masas, hemorroides externas, con el tacto rectal se puede identificar hemorroide internas trombosadas, fisuras, masas rectales, estenosis, prolapso de la mucosa con el esfuerzo y defectos de la pared ano-rectal. Evaluar el tono del esfínter en reposo y a la contracción voluntaria. Palpar el músculo puborectal apreciando si hay dolor, finalmente evaluar la integración de las fuerzas de expulsión pidiendo al paciente que expulse el dedo.

Observar el periné en reposo y al pujar, para evaluar el descenso perineal, también observar si la mucosa rectal prolapsa o hay abombamiento del periné con el pujo.

CRITERIOS DE ROMA II PARA CONSTIPACION EN ADULTOS

Dos o más de los siguientes, por al menos doce semanas en los últimos doce meses

*esfuerzo excesivo durante más del 25% de las evacuaciones intestinales

*heces duras o muy voluminosas en más del 25% de las evacuaciones

*sensación de evacuación incompleta en más de 25% de las veces

*sensación de bloqueo ano rectal en más de 25% de las evacuaciones

*maniobras manuales para facilitar la evacuación más de 25% de las veces

*menos de 3 evacuaciones en la semana

*criterios insuficientes para diagnosticar síndrome de intestino irritable

*no debe existir heces disgregadas.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Los estudios de laboratorio y/o de imágenes del colon están indicados en los siguientes pacientes:

*no responden al tratamiento conservador y presentan constipación persistente

*en todos los pacientes que comienzan con los síntomas después de los 40 años

*cuando existe la sospecha clínica de patología orgánica subyacente

*pacientes con antecedentes de cáncer de colon en un familiar de primer grado.

Los exámenes de laboratorio útiles en el grupo de pacientes con constipación son: función tiroidea, calcemia, glicemia, electrolitos plasmáticos, creatinemia, hemograma, VHS y determinación de sangre oculta en heces.

Entre los estudios de imágenes se incluyen un examen completo del colon con una colonoscopia o enema baritada asociado a rectosigmoideoscopia.

Pueden utilizarse los siguientes tests en pacientes sin patología subyacente o sistémica.

EXAMENES FISIOLÓGICOS:

Tiempo de tránsito colónico con marcadores

La medición de tránsito colónico (oro-anal) es el test inicial, para distinguir entre constipación del tránsito lento de aquella con tránsito normal. Normalmente el tiempo de tránsito colónico es menor a 72 horas los que se miden al realizar una radiografía de abdomen simple 5 días después de ingerida una cápsula con 20 ó 24 marcadores radiopacos. La retención de más de 20% de los marcadores indica un tránsito prolongado.

También puede evaluarse el tránsito colónico por medio de centellografía.

Manometría ano-rectal.

En pacientes con síntomas o hallazgos sugerentes de disfunción de piso pelviano se propicia la manometría ano rectal que permite evaluar la relajación del esfínter anal interno durante la distensión del recto con un balón con aire (reflejo inhibitorio recto anal). Una

hiperpresión de reposo junto con escaso aumento de la presión durante la contracción y falta de relajación o aumento al pujar sugieren una dificultad de relajación del esfínter anal. La hiposensibilidad rectal sugerida por un aumento del volumen de distensión del balón requerido para evocar la sensación del defecar, puede traducir un desorden neurológico, pero más frecuentemente resulta de una capacidad rectal aumentada debido a una prolongada retención fecal. Por lo cual nos permite descartar la enfermedad de Hirschprung.

Test de expulsión del balón

Test de screening para los trastornos de la defecación. Se instala un balón de latex en el recto que se llena con 50 mL de aire o agua y luego se pide al paciente que lo expulse. La incapacidad para evacuarlo en 2 ó 3 minutos sugiere un desorden de la defecación

Defecografía

Se considera si los exámenes anteriores muestran resultados equívocos o el examen clínico hace sospechar una anomalía anatómica del recto que impida la defecación.

Se realiza introduciendo bario espeso en el recto y sentando al paciente en un receptáculo radiolúcido. Se toman radiografías seriadas o idealmente un video durante la fluoroscopia mientras el paciente está en reposo y luego pujando. Este procedimiento se usa para determinar el grado de vaciamiento rectal, medir

el ángulo ano-rectal, el descenso perineal y detectar anomalías estructurales, que puedan dificultar la defecación. La defecografía por resonancia magnética nuclear es una alternativa actualmente en evaluación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Después de esta evolución la constipación de cada paciente puede clasificarse tentativamente en una de las siguientes seis grandes categorías:

1. constipación secundaria a patología orgánica o a medicamentos
2. constipación asociada a síndrome de intestino irritable
3. constipación funcional
4. constipación de tránsito lento
5. disfunción o disinergia del piso pelviano
6. combinación de tránsito lento y disfunción del piso pelviano

TRATAMIENTO

El manejo inicial del paciente está determinado por los hallazgos obtenidos durante la evaluación inicial del mismo y por la edad de comienzo de los síntomas.

El tratamiento no farmacológico debería ser la base de la terapia:

- *Consumo suficiente de líquidos
- *Actividad física suficiente
- *Reeducación intestinal
- *Consumo suficiente de Fibra

| | | | |
|--|---|---|--|
| laxantes de volumen | Psyllium (2 cucharillas o 2 tabletas al día) Policarbófilo calcico(2 a 8 tabletas x día) Polietilenglicol (2 sobres al día) | Absorber agua en la luz intestinal y aumentar el volumen fecal | Meteorismo que con el uso va desapareciendo. |
| Agentes emolientes ablandadores | Docusato de sodio vaselina | | Calambres Uso crónico interfiere absorción de vitaminas liposolubles |
| Laxantes estimulantes o irritativos | Difenilemtanos(Fenofaleina Bisacodilo) Antroquinonas Uso en dosis mínimas efectivas. | fomentan la acumulación de agua y electrolitos en el lumen colónico y estimulan la motilidad intestinal actuando directamente en el plexo mesentérico | Sd steven Jonson Uso cronico con lesión del pelxo mientérico Disturbios electrolíticos Diarrea facticia nefritis |
| Laxantes osmóticos | leche de magnesia lactulosa polietilenglicol sin electrolitos ajustando la dosis para obtener heces blandas. sorbitol | | Disturbios electrolíticos Distensión abdominal Meteorismo Precaución en diabéticos y pacientes con función renal disminuida |

El consumo de líquidos suficiente junto con fibra debe indicarse en todos los pacientes con constipación, intentando alcanzar 20 a 25 g al día, sea con cambios en la dieta o con suplementos comerciales, para evitar la distensión abdominal y el meteorismo se debe incrementar la ingesta de esta en forma lenta durante unas 2 semanas hasta llegar a lo adecuado. Los pacientes que no responden pronto a las indicaciones dietéticas o con comorbilidades tales como hipertensión arterial, nefropatía, diabetes serán evaluados por nutricionista, midiendo la ingesta real de fibra.

Los que no responden a la fibra recibirán LAXANTES.

Nota: excepto con los laxantes de volumen y los azúcares no absorbibles como la lactulosa y el sorbitol el uso crónico de laxantes puede generar constipación a largo plazo.

***Proquinéticos**

Se contaba con el tegaserod, un agonista parcial de los receptores 5HT₄ con acción proquinética; el fármaco fue retirado por la Food and Drugs Administration por la identificación de un número excesivo de eventos cardiovasculares.

El betanecol, agonista colinérgico, en dosis de 25-50 mg, 3 ó 4 veces por día, alivia la constipación secundaria a la terapia de antidepressivos tricíclicos.

El lubiproston (prostona metabolito de la prostaglandina E1) agente estimulador de los canales de cloro del epitelio gastrointestinal, que actúa aumentando la secreción de fluidos a nivel intestinal.

***Terapia de biofeedback**

Se utiliza en el manejo de la constipación por disfunción del piso pelviano. Los pacientes reciben una información visual y auditiva del funcionamiento de su esfínter anal y músculos del piso pelviano. Se entrena a los pacientes para relajar estos músculos durante el pujo y coordinar esto con maniobras abdominales para potenciar la entrada de las heces en el recto.

Puede realizarse con electromiografía ano-rectal o con un catéter de manometría.

***Toxina botulínica**

La neurotoxina inhibe la contracción del músculo liso gastrointestinal y esfínteres, así como también bloquea las terminaciones nerviosas colinérgicas en el sistema nervioso autónomo sin bloquear la respuesta noradrenérgica mediada por el óxido nítrico, aspectos que han promovido el interés en utilizarla como tratamiento para los músculos con hiperactividad, como el esfínter anal, así como en la constipación por obstrucción funcional del canal de salida o en pacientes que no responden a la terapia con biofeedback.

***Cirugía**

Puede estar indicada después de un estudio completo efectuado por el gastroenterólogo y en quienes las terapias médicas han fracasado. Se sugiere que incluso debe existir una evaluación psiquiátrica previa a la cirugía junto al test de personalidad de Minnesota, los pacientes que presentan la triada neurótica: hipocondría, depresión e histeria pueden presentar con mayor frecuencia recurrencia de síntomas como el meteorismo, dolor rectal e incluso constipación, luego de este procedimiento.

COMPLICACIONES.

La complicación más importante en pacientes mayores es el exceso de incontinencia.

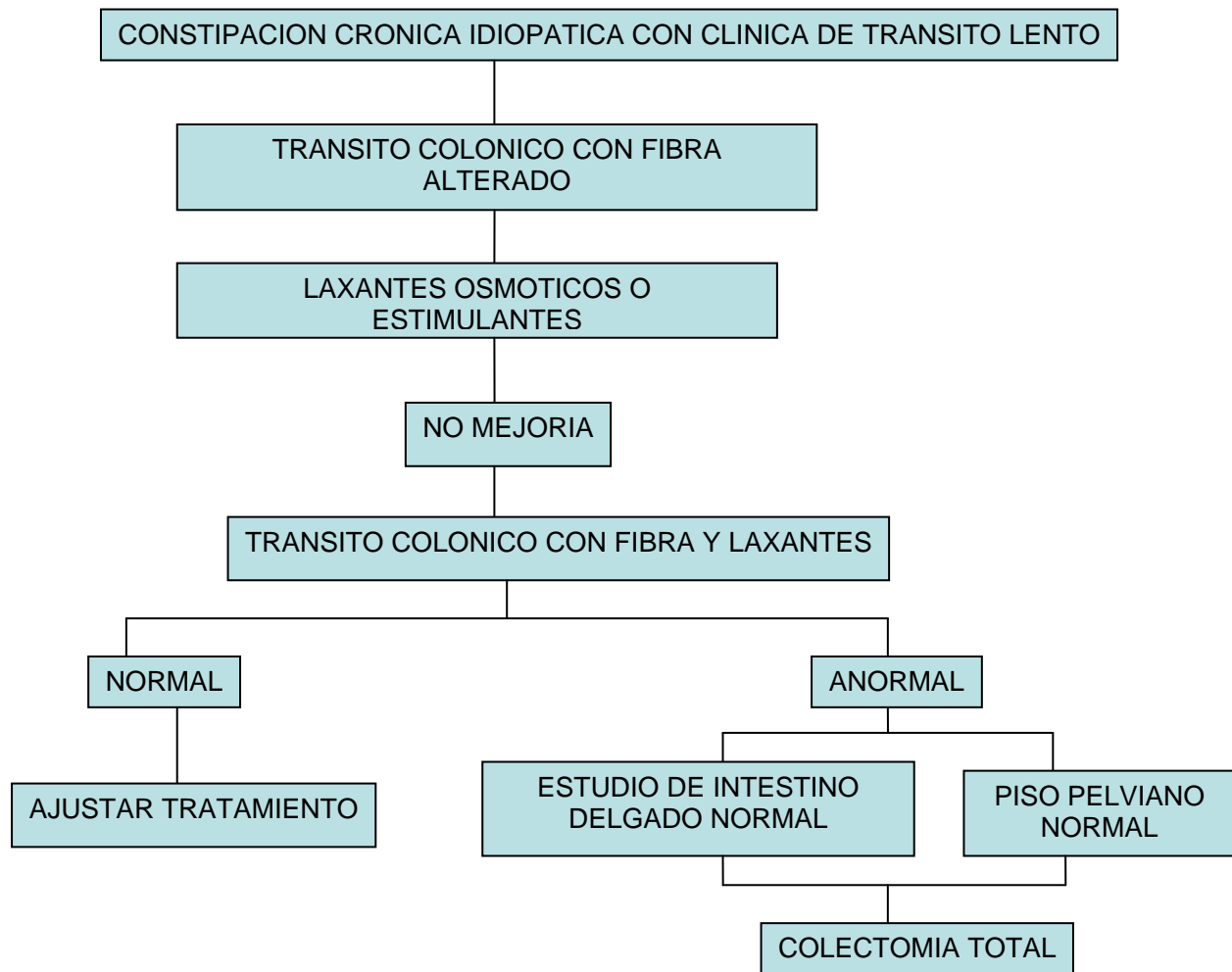
Las características de la retención fecal son la anorexia, incomodidad abdominal, distensión abdominal, los leucocitos inexplicables, el delirio y un deterioro clínico no explicable.

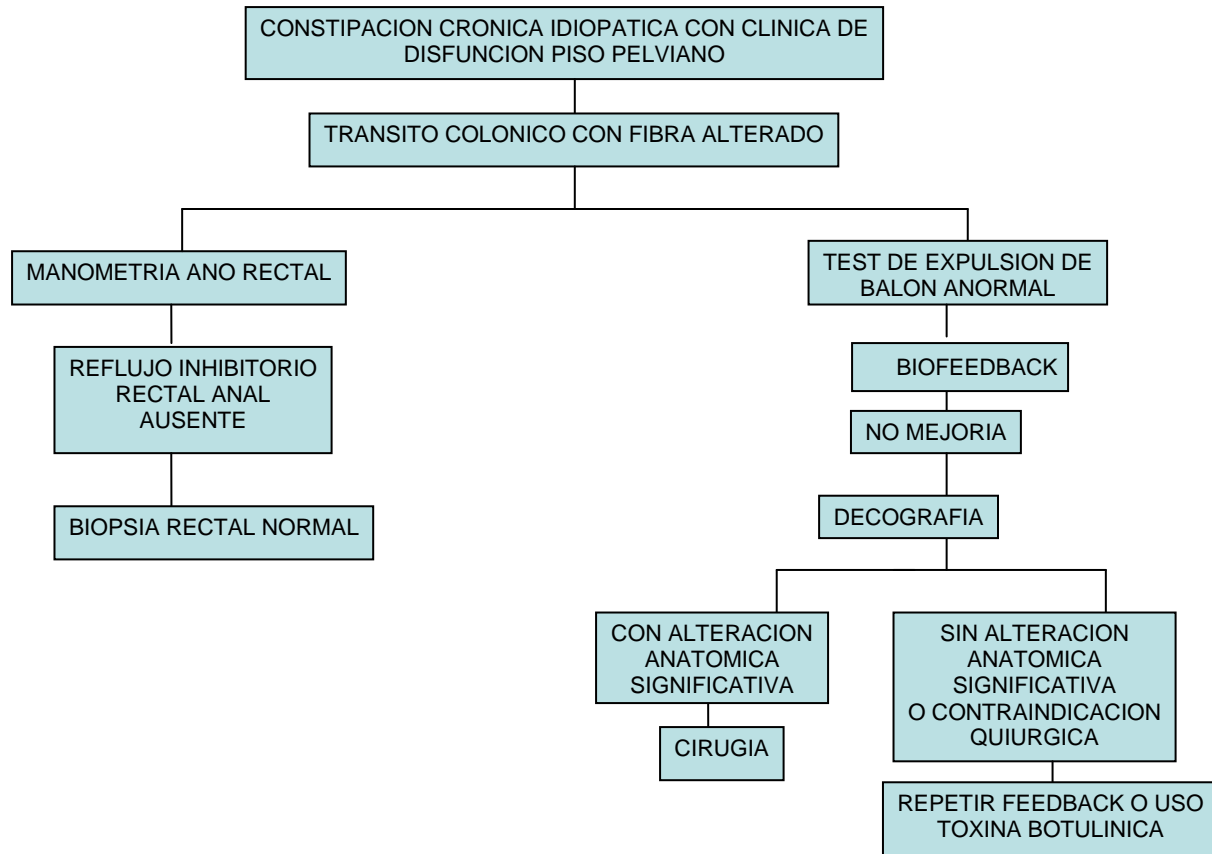
Perforación fecal en pacientes con estreñimiento crónico por fecalomas con aparición aguda de dolor abdominal y alta mortalidad.

El vólvulo de sigmoides es la tercera causa de obstrucción intestinal en EEUU en personas mayores, pudiendo requerir colectomía parcial para evitar su recidiva.

Una retención rectal mayor puede afectar el cuello de la vejiga y causar una retención urinaria significativa.

ALGORITMO DE MANEJO





REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cofré P, Germain F, Medina L, et col. Manejo de la constipación del adulto: Actualización. Rev med chile 2008; 136:507-516.
2. Kopitowski K. Constipación. En: Rubenstein A, Terrasa S.: Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2ª ed argentina: Panamericana; 2006: 987-90.
3. Harare D. Estreñimiento e incontinencia en la vejez. En: Tallis R, Fillit H. Brocklehurst's Geriatria. Ed original España: Marbán; 2005; 103: 1311-14
4. Mora M, Moreno I, Herreros MB, et col. Estreñimiento. Medicine 2004; 9(4):231-245.
5. Lorenzo P, Moreno A, Leza J et col. Velásquez Farmacología Básica y Clínica. 17ª edición: Argentina: Panamericana; 2004: 588-90.
6. Balcells A. La clínica y el Laboratorio. Coprología. 19ª edición: España: Masson; 2002: 253-266
7. Constipación en el paciente adulto. Manejo en el consultorio de atención primaria. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria 2001; 4(1)
8. Wolf A. Estreñimiento. En: Rakel. Saunders Manual de Práctica Médica. 1ª ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1997; 347-48
9. Diccionario de Medicina Dorland 27ª ed. Madrid (España): McGraw-Hill-Interamericana de España; 1992. constipación; p.393 -estreñimiento; p.643.