

Revisiones

ESTREÑIMIENTO ¿IDIOPÁTICO? DEL ADULTO ¿QUÉ HACER?

Domínguez-Adame Lanuza, E.

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción

El estreñimiento es el más frecuente de los trastornos funcionales intestinales; un proceso difícil de definir que debe considerarse un síntoma y no una enfermedad con significados distintos para las personas. El estreñimiento supone un problema importante para la sociedad. En Estados Unidos supone 2,5 millones de visitas médicas. Presenta una prevalencia del 1,2 % delatada, aunque se piensa que contando la "silente" puede llegar hasta el 28%. De estas visitas médicas, sólo el 4% llega a los gastroenterólogos; el 31 % acude al médico de familia, el 20% al médico internista y un 15% al pediatra. De 2 a 3 millones de personas toman laxantes suponiendo un gasto anual de 400 millones de \$. En España, en una encuesta realizada dentro de la población laboral, un 38% de las mujeres se consideraron estreñidas frente a un 12% de los hombres. Realmente el problema afecta más a las mujeres probablemente por mecanismos hormonales, lesión

de los nervios pudendos en los partos o influencias socioculturales. Asimismo la prevalencia es mayor en sujetos de edad avanzada, grupo en el que es más frecuente la dificultad evacuatoria con incluso la impactación fecal, secundaria a inactividad física y a disminución de la capacidad intelectual que puede suprimir la sensación de la defecación.

Se considera estreñimiento la presencia de 2 o más ítems en 12 meses sin tomar laxantes:

- < 3 deposiciones por semana.
- Realización de esfuerzo defecatorio > 25% de las ocasiones.
- Incompleta evacuación en > 25% de las ocasiones.
- Heces caprinas en > 25% de las ocasiones.
- < 2 deposiciones por semana presentes en 12 meses.

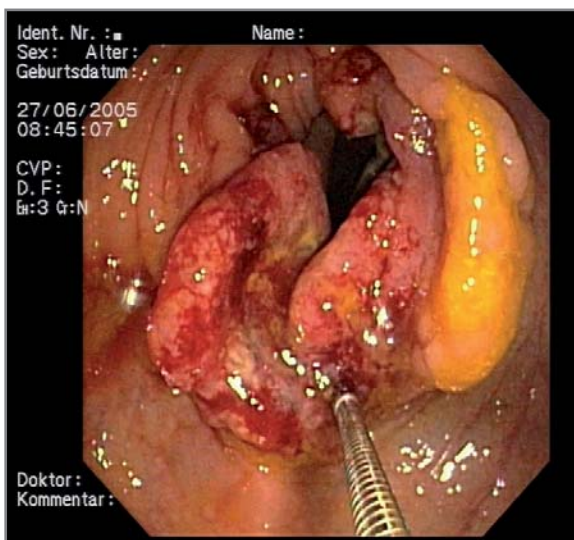


Imagen 1

Colonoscopia.

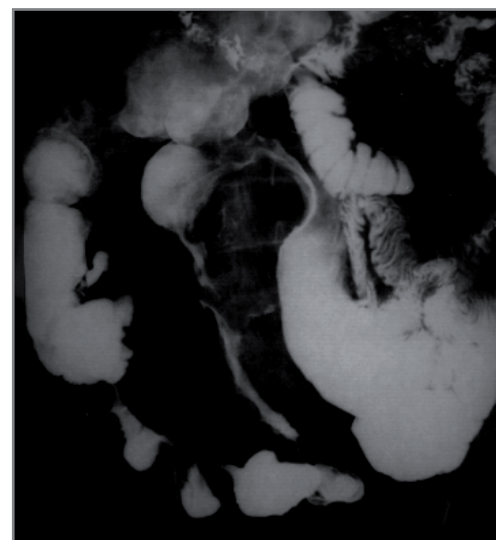


Imagen 2

Enema opaco.

Tabla I. Causas Extracolónicas de Estreñimiento Severo.

Causas endocrino – metabólicas	Causas neurológicas	Causas colagénicas vasculares y musculares	Fármacos
carcinomatosis, diabetes mellitus, glucagonoma, hipercalcemia, hiperparatiroidismo, hipopotasemia, hipopituitarismo, hipotiroidismo, síndrome lácteo-álcali, feocromocitoma, porfiria, embarazo y uremia	<p>Periféricas: neuropatía autonómica, enfermedad de Chagas, enfermedad de Hirschprung, hipoganglioneosis, pseudobstrucción intestinal (miopatía, neuropatía), MEN tipo IIB, enfermedad Von Recklinghausen.</p> <p>Centrales: síndrome equina-cauda, accidente cerebrovascular, isquemia, meningocele, esclerosis múltiple, paraplejía, enfermedad de Parkinson, síndrome de Shy-Drager, tabes dorsalis y tumores.</p>	amiloidosis, esclerodermia, dermatomiositis y distrofia miotónica.	antiácidos (calcio y aluminio), anticolinérgicos, anticonvulsivos, antidepresivos, antiparkinsonianos, opiáceos, bloqueadores ganglionares, diuréticos, hierro, antihipertensivos, laxantes (a largo plazo), inhibidores de la MAO.

El manejo de los pacientes que sufren estreñimiento suele ser una problemática, fundamentada básicamente en:

- Su alta incidencia y la “no importancia” en la valoración por el facultativo.
- Su severidad ocasional, pero a veces letal para el paciente.
- Conocimiento incompleto de su fisiopatogenia.
- Dificultad para establecer un diagnóstico correcto.
- Adecuada orientación terapéutica en casos severos.

Existe un elevado “histórico” de cirugía del estreñimiento-constipación, debido a la falta de entendimiento y comprensión de la patofisiología subyacente. Hoy día, podemos identificar los candidatos apropiados. El éxito de la cirugía está en ello. Se considera que ante un estreñimiento severo, menos del 7% deberían ser susceptibles de cirugía contando con un correcto protocolo de actuación diagnóstica.

Evaluación del Estreñimiento

Ante un estreñimiento severo, su estudio, se debe fundamentar en tres pasos:

- Diferenciar entre causa colónica y extracolónica.
- Diferenciar entre causas estructurales y funcionales (si es colónica, por exclusión y/o corrección de causa extracolónica).
- Establecida causa funcional colónica (por exclusión de causa estructural), identificar (por pruebas funcionales) si estamos

ante: Estreñimiento por Tránsito Lento (ETL), Disfunción del Suelo Pélvico (DSP), combinado ETL y DSP, o Síndrome de Colon Irritable (SCI).

Diferenciación entre causa colónica y extracolónica

El establecimiento de una causa colónica de estreñimiento se basa en la exclusión de causas extracolónicas (tabla 1). Numerosas causas extracolónicas puede provocar constipación; su diagnóstico se fundamenta en una correcta anamnesis y examen físico (dígito-ano exploración).

La gran mayoría de los pacientes son ayudados con medidas conservadoras: corrección causa extracolónica, adicción de fibra y líquidos a la dieta, régimen de ejercicio, y posiblemente laxantes formadores de volumen. Obviamente, cambios recientes en la función intestinal, o factores tales edad del paciente, historia familiar deberían inducir a un screening previo a una terapia conservadora.

Diferenciación entre causa colónica funcional y estructural

El establecimiento de una causa funcional colónica requiere la exclusión de anomalías estructurales. Numerosas causas estructurales colónicas puede provocar constipación; se debe insistir que su orientación diagnóstica de debe iniciar con una correcta anamnesis y examen físico

Tabla II. Causas Extracolónicas de Estreñimiento Severo.

Anormalidad Anatómica Aislada	Anormal Anatómica Presentación de un defecto subyacente del suelo pélvico
carcinoma, estenosis por Crohn, estenosis Diverticular, gran pólipos, vólvulo.	síndrome del periné descendido, prolapso rectal, prolapso rectal oculto, rectocele, enterocele, síndrome de úlcera solitaria rectal.

(dígito-ano exploración). A continuación se indicarán exploraciones invasivas para el diagnóstico de la causa estructural colónica (Tabla 2), a saber: enema opaco (imagen 1), colonoscopia (imagen 2). El defecograma (imagen 3) es útil en el diagnóstico de DSP y en la presencia de rectoceles y enteroceles (anormalidades estructurales resultantes de un problema funcional). Las causas estructurales establecidas por una anomalía anatómica establecida requieren siempre un tratamiento quirúrgico. Las causas estructurales basadas en una anomalía anatómica presentación de un defecto subyacente del suelo pélvico precisan una previa reeducación funcional con posterior cirugía.

Cuando una anomalía anatómica del colon ha sido excluida como causa de estreñimiento, entonces la constipación funcional es probable. Los estudios se basan en la evaluación de la motilidad colónica y del funcionamiento del suelo pélvico.

El estudio de la motilidad colónica se fundamenta en: tránsito colónico con marcadores y escintigrafía (tecnecio e indio). El estudio de la función del suelo pélvico se basa en: manometría anal, con inclusión del test de expulsión de balón (evalúa la coordinación de la función del suelo pélvico) y la defecografía. Si estos estudios son normales se excluyen el ETL y DSP. En esta circunstancia pensar en el síndrome de colon irritable, cuyo tratamiento nunca es quirúrgico.

Tratamiento Médico del Estreñimiento

Estreñimiento Simple. El diagnóstico recordemos se realiza con una correcta anamnesis y examen físico. El tratamiento consiste en el cambio dietético: aumento de fibras, líquidos y ejercicio. Sin embargo, la mayoría de los gastroenterólogos (85%, dentro 4%) consultados por estreñimiento, prescriben laxantes o catárticos. Se han realizado estudios de estreñimiento en hospital de referencia (3º nivel) en los Estados Unidos siendo la media del coste de 2752 \$ por paciente, donde en el 61% de ellos no se aclara el origen a pesar de la rigurosa evaluación. Esto nos orienta a la necesidad de una correcta protocolización del estudio del estreñimiento.



Imagen 3

Defecograma.

Estreñimiento por Tránsito Lento. Constituyen entre el 7-24% de los pacientes con estreñimiento severo estudiados en hospitales de referencia (3º nivel). La dieta rica en fibras puede exacerbar los síntomas de dolor e hinchazón. Los grados medios de ELT pueden ser ayudados con régimen de entrenamiento intestinal: evacuación con enemas o supositorios de glicerina, tomando diuréticos osmóticos si es necesario (lactulosa, leche de magnesia, citrato magnésico) dedicando su "tiempo" diario al váter (15-20'). El aceite mineral, agentes que provoquen secreción intestinal (senna, bisacodyl) son con frecuencia no recomendados, debido a que cronifican el problema y a sus efectos secundarios, pero pueden ser reservados por fallo del régimen precedente, previo a la consideración del uso del polietilenglicol o incluso a la cirugía.

Disfunción del Suelo Pélvico. Un intensivo curso de reentrenamiento del suelo pélvico multidisciplinario (gastroenterólogo, cirujano, médico rehabilitador, psiquiatra y fisioterapeuta entrenados en técnicas de biofeedback) puede ayudar a estos pacientes. Requieren una fuerte implicación por parte del paciente.

Tratamiento Quirúrgico del Estreñimiento Funcional

Siempre en el ETL Severo diagnosticado y fundamentado. Esta indicación no debe ser enfatizada, ya que los resultados que son obtenidos en la intervención quirúrgica son directamente relacionados con la correcta evaluación preoperatoria y la exclusión de los candidatos inapropiados (series con persistencia de la constipación y/o insatisfacción hasta el 50%). Pacientes con ETL + DSP; realizar un readiestramiento del suelo pélvico previo a la cirugía. La técnica quirúrgica (imagen 4) debe ser la colectomía total con anastomosis ileorrectal (extirpación del colon desde el íleon terminal hasta la unión rectosigmoidea con unión del íleon con el recto). El momento de la cirugía, es frecuentemente decidido por el paciente, cuando las medidas conservadoras han fracasado en obtener una aceptable calidad de vida. Un

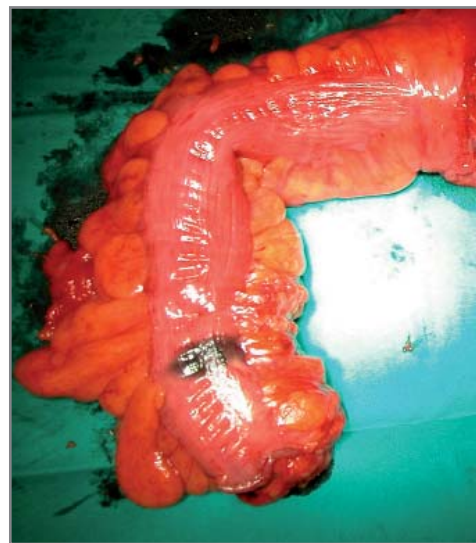


Imagen 4

Cirugía.

10% de los pacientes sometidos a esta cirugía tiene que usar antidiarreicos inmediatamente a la misma. Pasado el primer año tras cirugía, raramente tiene necesidad de la toma de los mismos.

Consideraciones

- Pacientes con severa alteración de su estilo de vida por el estreñimiento son relativamente raros a pesar de su alta prevalencia. Estos pacientes necesitan una investigación cuidadosamente planificada para determinar el más apropiado tratamiento.

- Sólo pacientes con severo ETL del colon son candidatos a cirugía. Cuando ETL coexiste con DSP, éste debería ser identificado y tratado con readiestramiento previamente a la cirugía.

- En pacientes cuidadosamente seleccionados, los resultados de la cirugía son EXCELENTES, con mejora de la calidad de vida en la gran mayoría de los pacientes.

Bibliografía

1. Bartolo D, Kamm M, Kuijpers H et al. Working Party Report: Defecation Disorders. *Am J Gastroenterol* 1994; 89:154-159.
2. Roig JV, Solana A, García A et al. Hábitos defecatorios en población laboral normal. *Rev Esp Enf Dig* 1993; 84: 224-230.
3. Altomare DF, Porticansa P, Rinaldi M, et al. Slow transit constipation. Solitary symptom of a systemic gastrointestinal disease. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 231-240.
4. Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, et al. Bowel patterns among subjects not seeking health care. *Gastroenterology* 1982; 83: 529-534.
5. Halverson AL, Orkin BA. Which physiologic tests are useful in patients with constipation? *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 735-739.
6. Wexner SD, Daniel N, Jagelman DG. Colectomy for constipation: physiologic investigation is the key to success. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 851-856.
7. Lubowski DZ, Chen FC, Kennedy ML, et al. Results of colectomy for severe slow transit constipation. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 23-29.