

Manejo del estreñimiento crónico idiopático.

Antonio López Serrano. Servicio de Medicina Digestiva. Hosp. Univ. Dr. Peset. Valencia

El estreñimiento es un síntoma muy común y que requiere un enfoque racional por parte del médico, dado el importante impacto económico que supone. Aunque en ocasiones se presenta de forma aguda, suele tratarse de pacientes con estreñimiento crónico y su distinción es importante para orientar la naturaleza orgánica o funcional del síntoma. Su definición es difícil por tener un carácter subjetivo y por la gran variabilidad intraindividual e interindividual. Así, la defecación viene definida por la frecuencia defecatoria, el peso fecal, la consistencia fecal, el esfuerzo defecatorio y la satisfacción post-evacuación. Además, puede responder a numerosas causas y mecanismos patogénicos y fisiopatológicos y adoptar formas clínicas diferentes por su presentación e intensidad. Un comité internacional estableció unos criterios de consenso para la definición de los trastornos gastrointestinales funcionales, entre ellos el estreñimiento crónico funcional, revisados recientemente (Criterios de Roma II); su objetivo ha sido aunar conocimientos fisiopatológicos y criterios diagnósticos para así poder diseñar ensayos terapéuticos adecuados.

Se distinguen dos tipos de estreñimiento crónico, el primario o idiopático (que incluye el estreñimiento de tránsito lento o “inercia colónica”, la disfunción del suelo pélvico y los trastornos mixtos) y el secundario (de origen estructural o funcional por trastornos metabólicos, neurológicos o por fármacos). El estreñimiento crónico idiopático es la forma más frecuente de estreñimiento de larga evolución. Tiene una gran variedad de manifestaciones clínicas, entre las que destacan: estreñimiento de origen dietético, síndrome del intestino irritable con predominio del estreñimiento, estreñimiento de las mujeres jóvenes, megarrecto idiopático y estreñimiento del anciano.

La evaluación clínica del estreñimiento se va a realizar inicialmente en Atención Primaria y, en los casos de sospecha de trastornos estructurales o clínicamente complicados, en Atención Especializada. El proceso diagnóstico combina la valoración clínica del paciente con la respuesta a la aplicación de algunas medidas terapéuticas. Es necesario una adecuada historia clínica inicial y una exploración física que incluya una exploración neurológica y la práctica de una

exploración del área perineal y rectal, realizando una maniobra de evacuación y retención simuladas. El examen digital permite valorar el tono de reposo del segmento esfinteriano y su incremento por el esfuerzo simulado. El músculo puborrectal se debe palpar y comprimir en la cara posterior del conducto anal. Finalmente, el paciente debe intentar realizar la maniobra de expulsión del dedo del explorador.

Se debe de realizar una analítica general para descartar diabetes mellitus, hipercalcemia e hipotiroidismo, así como una exploración estructural del colon mediante la realización de rectosigmoidoscopia más enema opaco o colonoscopia en mayores de 40 años y en aquellos con anemia o positividad de la prueba de sangre oculta en heces o con antecedentes familiares de neoplasia o poliposis de colon. La ausencia de hallazgos en esta valoración inicial y el cumplimiento de los Criterios de Roma II establecen el diagnóstico de Estreñimiento Crónico Idiopático. Se iniciará un tratamiento con medidas sencillas (corrección de los factores de descompensación del hábito intestinal, incremento del contenido en fibra de la dieta, ingesta de líquidos, empleo de laxantes suaves, evitar fármacos que provoquen estreñimiento), que permitirá corregir el problema en un gran número de enfermos.

Los enfermos que no responden a las medidas anteriores (ello indica la existencia de estreñimiento crónico idiopático grave), requieren una valoración más compleja mediante la práctica de pruebas funcionales tales como el estudio del tiempo de tránsito colónico con marcadores radioopacos, la manometría anorrectal, la prueba de expulsión de balón intrarrectal y la defecografía, a los que se ha añadido en los últimos años la resonancia magnética. Estas pruebas nos van a permitir caracterizar con exactitud el trastorno funcional subyacente para así aplicar las medidas terapéuticas más adecuadas.

El estudio del tiempo de tránsito colónico, total y segmentario, con marcadores radioopacos es una técnica sencilla y no invasiva; suele ser la primera a realizar en los pacientes con estreñimiento grave. La manometría anorrectal proporciona información útil sobre la actividad motora del segmento anorrectal, tanto en reposo como ante situaciones fisiológicas diferentes. La prueba de expulsión del balón intrarrectal cuantifica la capacidad de un paciente para

evacuar un balón lleno de agua. La defecografía es una técnica que proporciona información tanto morfológica como funcional sobre el vaciamiento rectal, valorando el grado de apertura del ángulo anorrectal así como el descenso del suelo pélvico durante la defecación; permite detectar alteraciones como rectocele, invaginación, enterocele, prolapso rectal y disfunción del suelo pélvico.

Se han descrito dos formas fisiopatológicas de estreñimiento tras la aplicación de estas pruebas funcionales que van a tener un enfoque terapéutico distinto. El estreñimiento de tránsito lento se caracteriza por presentar un movimiento más lento del normal del contenido fecal a través del colon y puede afectar a todo el colon o sólo al colon distal, pudiéndose diferenciar mediante manometría colónica (técnica muy laboriosa y poco utilizada en la actualidad). Por otra parte, en la disfunción del suelo pélvico (también llamada “defecación obstructiva”, “disquecia”, “anismo” o “disinergia del suelo pélvico”), existe un trastorno en la evacuación rectal, bien por una relajación incompleta o una contracción paradójica del suelo pélvico y del esfínter anal externo o bien por hipotonicidad muscular (con o sin megarrecto) y excesivo descenso del suelo pélvico.

El tratamiento médico del estreñimiento crónico debe ser individualizado y se basará en medidas higiénico-dietéticas, uso de laxantes y terapias conductuales. Inicialmente se incrementará la ingesta de fibra dietética (vegetales y frutas, salvado de trigo) y la ingesta de líquidos, así como la actividad física. Posteriormente se introducirán laxantes suaves del tipo agentes formadores de masa o mucílagos (plantago ovata, metilcelulosa, etc). Si no existe una respuesta considerable tras varias semanas de tratamiento, se podrán añadir agentes estimulantes (polifenólicos como bisacodilo y fenolftaleína o antraquinonas como sen y cáscara sagrada) u otros más caros como los laxantes osmóticos (tanto derivados de azúcares como lactulosa, laxantes salinos o polietilenglicol). Otros laxantes que se pueden utilizar son los lubricantes (aceite de parafina) y los laxantes emolientes (sales de docusato sódico). No parece que existan diferencias importantes en cuanto a la eficacia de los distintos tipos de laxantes. Además, a pesar de la gran variedad de laxantes disponibles, sólo existen dos metaanálisis publicados (por Tramonte y

por Jones) donde se valoran la eficacia de los tratamientos con laxantes en los diferentes estudios publicados; estos autores concluyen, por una parte, que tanto la fibra como los laxantes mejoraban sólo discretamente la frecuencia defecatoria en adultos con estreñimiento crónico idiopático, sin existir evidencias para establecer si la fibra era superior a los laxantes o si un grupo de laxantes era superior a otro; por otra parte, que no se puede concluir que exista evidencia de que los laxantes, en global, son superiores al placebo en el tratamiento del estreñimiento crónico. Otros fármacos que se han ensayado son procinéticos (cisaprida, prucalopride y tegaserod), misoprostol, colchicina y naloxona.

Las terapias conductuales se utilizan en niños con impactación fecal y en adultos con estreñimiento neurógeno o afectos de demencia, mediante enemas salinos o de agua con aceite mineral, continuando con laxantes orales y enemas de limpieza si no defeca cada dos días. En el tratamiento de los estreñimientos distales se utilizan las técnicas de biofeedback con uso de la manometría anorrectal (tratamiento de elección del anismo), con muy buenos resultados en adultos.

La intervención quirúrgica es el tratamiento de elección de la enfermedad de Hirschsprung y en algunos casos de rectocele. En los pacientes con estreñimiento crónico idiopático grave con inercia colónica y que no responden a las medidas anteriores pueden ser candidatos a colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal, aunque no olvidaremos su elevado riesgo de complicaciones.

Bibliografía

Attar A, Lémann M, Ferguson A et al. Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for the treatment of chronic constipation. *Gut* 1999; 44: 226-230.

Anti M, Pignataro G, Armuzzi A. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepato-gastroenterology* 1998; 45: 727-732.

Bouras EP, Camilleri M, Burton DD et al. Selective stimulation of colonic transit by the benzofuran 5HT₄ agonist, prucalopride, in healthy humans. *Gut* 1999; 44: 682-686.

Diamant NE, Kamm MA, Wald A et al. AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999; 116: 735-760.

Gastroenterology Motility Problems in the Elderly Patient. *Gastroenterology* 2002; 122: 1688-1700. p

- Grupo Español para el Estudio de la Motilidad Digestiva. Medida del tiempo de tránsito (total y segmentario) con marcadores radiopacos. Valores de referencia nacional obtenidos en 192 sujetos sanos. *Gastroenterol Hepatol* 1998; 21: 71-75.
- Jones MP, Talley NJ, Nuyts G, Dubois D. Lack of objective evidence of efficacy of laxatives in chronic constipation. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 2222-2230.
- Knowles CH, Scott M, Lunniss PJ. Outcome of colectomy for slow transit constipation. *Ann Surg* 1999; 230: 627-638.
- Koutsomanis D, Lennard-Jones JE, Roy AJ et al. Controlled randomised trial of visual biofeedback versus muscle training without a visual display for intractable constipation. *Gut* 1995; 37: 95-99.
- Lennard-Jones JE. Constipation. En: Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH eds. 6th Ed. Saunders, 1998; 174-197.
- Locke III GR, Pemberton JH, Phillips SF. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines on constipation. *Gastroenterology* 2000; 119: 1761-1778.
- Moreno-Osset E, Ballester J, Minguez M et al. Estudio del tránsito colónico (segmentario y total) en sujetos sanos y pacientes con estreñimiento crónico idiopático. *Med Clin* 1992; 98: 201-206.
- Moreno-Osset E, Ballester J, Añon R. Estreñimiento. En: Vilardell F ed *Enfermedades digestivas*. 2ª ed. Barcelona: Grupo Aula Médica, 1998; 883-896.
- Moreno-Osset E, Minguez M, Rodríguez A et al. Motilidad rectoanal: fisiología, métodos de estudio y alteraciones. *Gastroenterol Hepatol* 1994; 17: 386-399.
- Müller-Lissner SA. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta-analysis. *Br Med J* 1998; 296: 615-617.
- Petticrew M, Watt I, Brand M. What's the "best buy" for treatment of constipation?. Results of a systematic review of the efficacy and comparative efficacy of laxatives in the elderly. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 387-393.
- Prather CM, Camilleri M, Zinsmeister AR et al. Tegaserod accelerates orocecal transit in patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2000; 118: 463-468.
- Schiller LR. Constipation and fecal incontinence in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 497-515.
- Shafik A, Ahmed I. Study of the motile activity of the colon in rectal inertia constipation. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17: 270-275.
- Soffer EE, Metcalf A, Launspach J. Misoprostol is effective treatment for patients with severe chronic constipation. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 929-933.
- Stoker J, Bartram CI, Halligan S. Imaging of the posterior pelvic floor. *Eur Radiol* 2002; 12: 779-788.
- Talley NJ, Fleming KC, Evans JM. Constipation in a elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 19-25.
- Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (suppl. II): 1143-1147.
- Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD et al. The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 15-24.
- Verne GN, Eaker EY, Davis RH et al. Colchicine is an effective treatment for patients with chronic constipation. An open-label trial. *Dig Dis Sci* 1997; 42: 1959-1963.
- Wald A. Approach to the patient with constipation. En: Yamada T ed. *Textbook of Gastroenterology*. 3th Ed. Philadelphia: Lippincott, Williams, Wilkins, 1999; 910-925.
- Wald A. Constipation. *Med Clin North Am* 2000; 84: 1231-1246.