

GERIATRÍA

ESTREÑIMIENTO EN ADULTOS

María del Mar Pérez Calvo*

SUMMARY

Constipation is a frequent complaint among patients attending daily medical consultation. And it has a wide variety of treatments available, which must be individualized according to the clinical suspicion resulting from a good history and physical examination of the patient. Only a minority of people with this problem seek medical help, which causes there is a great ignorance on the matter, not only about his solution, but also to its consequences. Therefore, as doctors must inform and educate our patients, and especially

prevent self-medication, and its consequences.

CONCEPTO

El estreñimiento consiste en un trastorno del hábito intestinal definido subjetivamente como una disminución en la frecuencia evacuatoria de heces demasiado duras o difíciles de expulsar. Con frecuencia, las manifestaciones intestinales se asocian molestia o dolor abdominal. Este criterio varía de acuerdo a los síntomas subjetivos de cada paciente, sin embargo, se han tratado de estandarizar como se resume a continuación en la tabla 1 donde

se exponen los criterios para definir el estreñimiento como funcional, en donde se debe haber demostrado la ausencia de alteraciones estructurales, metabólicas, enfermedades neurológicas o sistémicas, o la toma crónica de ciertos fármacos.² Es importante recalcar que existen tipos de estreñimiento el más frecuente es el estreñimiento crónico simple o “constipación idiopática”. Existen, sin embargo, otras causas de estreñimiento condicionadas por la presencia de alteraciones orgánicas o por un trastorno “secundario” de la función motora, cuyo origen puede relacionarse con

* Médico General. Servicio de emergencias. Hospital de Ciudad Neilly.

TABLA 1². Criterios de Roma III para el diagnóstico de estreñimiento crónico funcional

1. PRESENCIA DE DOS O MÁS DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo excesivo al menos en el 25% de las deposiciones. Heces duras al menos en el 25% de las deposiciones • Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las deposiciones. Sensación de obstrucción anal al menos en el 25% de las deposiciones • Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en el 25% de las deposiciones • Menos de 3 deposiciones a la semana
2. LA PRESENCIA DE HECES LÍQUIDAS ES RARA SIN EL USO DE LAXANTES
3. NO DEBEN EXISTIR CRITERIOS SUFICIENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Estos criterios deben cumplirse al menos durante los últimos tres meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo 6 meses antes del diagnóstico.

Tabla 2². Criterios de Roma III para el diagnóstico del trastorno funcional de la defecación

1. EL PACIENTE DEBE CUMPLIR LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL (VER TABLA 1)
2. DEBE CUMPLIR DURANTE INTENTOS REPETIDOS DE DEFECAR, AL MENOS 2 DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de evacuación alterada, basada en la prueba expulsiva con balón o en pruebas de imagen • Contracción inapropiada de los músculos del suelo pélvico, o menos del 20% de relajación de la presión basal esfinteriana, demostrado por manometría, o pruebas de imagen • Fuerza propulsiva inadecuada, valorada por manometría o pruebas de imagen

Estos criterios deben cumplirse al menos durante los últimos tres meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo 6 meses antes del diagnóstico.

el consumo de determinados fármacos o con la presencia de enfermedades sistémicas de naturaleza endocrinometabólica, neurógena o neuromuscular.⁶ Por ello, debemos sospechar de otras causas, y hacer énfasis como lo mencioné anteriormente en la anamnesis y exploración física de cada paciente.

FISIOPATOLOGÍA

Brevemente mencionaré que desde un punto de vista fisiopatológico el estreñimiento primario puede categorizarse en cuatro subgrupos²:

1. Disfunción cólica o estreñimiento por tránsito lento: progresión lenta y

defectuosa del contenido fecal desde el colon proximal hasta el colon distal y recto.

2. Obstrucción funcional distal: disfunción anorrectal selectiva que provoca una dificultad para la eyección del bolo fecal.
3. Percepción rectal anómala: Este subgrupo de pacientes no experimenta el deseo normal de la defecación porque cuando llegan las heces al recto no lo notan.
4. Disminución de la prensa abdominal. En algunos pacientes la expulsión de las heces se ve dificultada por la imposibilidad de aumentar la presión abdominal, y por ende la intrarrectal, durante la maniobra defecatoria.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

En la historia clínica del paciente con estreñimiento deben recogerse: Síntomas relacionados con el hábito defecatorio, Antecedentes personales y familiares de enfermedades sistémicas y cáncer colorrectal. Presencia de síntomas/signos sugestivos de enfermedad orgánica (fiebre, pérdida de peso, hematoquecia, astenia, anorexia, etc.) y el uso de fármacos.^{2,6}

La exploración física incluye la exploración abdominal, la inspección perineal (basal y

dinámica) y el tacto rectal. La utilización rutinaria de los tests diagnósticos (analítica sanguínea específica, radiografías, endoscopia) no se recomienda en la evaluación inicial de un paciente con estreñimiento crónico, en ausencia de síntomas de alarma. Sin embargo, si la historia clínica aporta síntomas de enfermedad orgánica, es razonable practicar pruebas diagnósticas.⁶

PRUEBAS

COMPLEMENTARIAS

EXÁMENES DE LABORATORIO

Una analítica elemental, incluyendo hemograma, así como las determinaciones bioquímicas habituales, calcemia y hormonas tiroideas pueden ser de utilidad, para evaluar la condición general del paciente, detectar signos de alarma o una condición endocrinometabólica.⁸

COLONOSCOPIA

La colonoscopia es la técnica de elección en pacientes con sospecha de estreñimiento secundario a lesiones del colon. Debe realizarse a todos los pacientes que presenten síntomas/signos de alarma, entendiendo como tales la pérdida de peso no justificada, la presencia de sangre en heces (macroscópica o sangre oculta), anemia, masas abdominales, inicio de los síntomas a partir de los 50 años

de edad e historia familiar de cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria crónica intestinal.^{2,8}

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

La radiografía simple de abdomen es útil en detectar retención de heces y excepcionalmente puede usarse para verificar un vaciado completo del colon. El enema opaco es necesario para el diagnóstico de lesiones estenosantes del colon.⁸

ESTUDIO DEL TIEMPO DE TRÁNSITO COLÓNICO

Es una técnica muy sencilla y útil que permite valorar de forma objetiva la capacidad propulsiva del colon.⁸

MANOMETRÍA ANORRECTAL

Mediante esta prueba puede evaluarse el perfil de presiones del canal anal y valorarse además la integridad de los reflejos anorrectales.⁹

MANIOBRA EXPULSIVA

Consiste en la expulsión de un balón intrarrectal con distintos volúmenes de aire predeterminados, que permite evaluar la capacidad defecatoria.⁹

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO

El paciente con estreñimiento debe ser tratado siempre de forma

individualizada, teniendo en cuenta la experiencia del paciente (la mayoría se automedican y conocen qué laxantes y qué medidas higiénico dietéticas le son eficaces y cuales no), la presencia de enfermedades que ocasionan o agravan el estreñimiento y la necesidad o no de fármacos que se asocian al mismo.²

MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS

La primera fase del tratamiento del estreñimiento incluiría una serie de medidas higiénico-dietéticas, tales como aumento de la actividad física, ingesta de mayor cantidad de líquidos, aplicación de y la adquisición de un hábito deposicional.⁹ Sin embargo La ingesta de agua produce en individuos sanos, un incremento de la diuresis pero no de la frecuencia de las deposiciones. No hay estudios que evalúen el beneficio del incremento de la ingesta de líquidos de forma aislada, en pacientes con estreñimiento.⁸

LAXANTES

Bajo el término genérico de laxantes se incluyen todas aquellas sustancias que facilitan la evacuación. En general, los laxantes son sustancias de eficacia probada, bien tolerados y pueden considerarse fármacos

seguros, aunque su amplio uso, y en ocasiones abuso, hace que debamos considerar que no siempre la medicación utilizada está exenta de riesgos o de efectos secundarios.⁹

a) Laxantes formadores de masa: retención de agua, aumento de volumen de las heces y mejora en su consistencia.⁸ Entre los más utilizados podemos nombrar el Psyllium. En cuanto a la ingesta de fibra El promedio de consumo de fibra en el mundo occidental oscila entre 10-15 gramos por día. Un incremento de 15-20 gramos, hasta completar la cantidad de 30 gramos al día determina un aumento del volumen de las deposiciones, una disminución de su consistencia y una reducción del tiempo de tránsito colónico.⁷

b) Laxantes ablandadores de heces o emolientes: El efecto laxante se debe a que producen una emulsión de heces con lípidos y agua. Entre ellos podemos ejemplificar la glicerina.

c) Laxantes estimulantes: Incrementan la peristalsis intestinal actuando sobre nervios del plexo mesentérico, y disminuyen la absorción intestinal de agua.^{2,7} Por ejemplo el Bisacodilo.

d) Laxantes osmóticos: Son sustancias que estimulan el flujo de agua y electrolitos hacia la luz intestinal. Por ejemplo, la leche magnesia, o lactulosa.²

e) Agonistas de los receptores

de la serotonina: Actúan estimulando los receptores de la serotonina, produciendo un incremento de la actividad contráctil de la musculatura lisa intestinal. Por ejemplo la Prucaloprida, un agonista selectivo de los receptores de la serotonina 5-HT₄.²

PREPARADOS DE USO RECTAL

La administración de enemas debe de ser firmemente considerada como alternativa en pacientes con heces acumuladas en la región rectosigmoide, un hecho frecuente en pacientes con constipación crónica y en enfermos que permanecen internados en residencias geriátricas.⁷

TÉCNICAS DE REAPRENDIZAJE O BIOFEEDBACK

Las técnicas de reaprendizaje o de biofeedback tienen su aplicación en los pacientes con una obstrucción funcional al paso de las heces por contracción paradójica del esfínter anal, y también en casos de alteración de la sensibilidad rectal. La técnica consiste en mostrar al paciente en una pantalla la actividad muscular de su esfínter anal, de forma que se le enseña a relajarlo durante las maniobras defecatorias o bien a percibir sensaciones a

volúmenes decrecientes. En este grupo seleccionado de pacientes, las tasas de éxito de las técnicas de biofeedback oscilan entre el 70 y el 80% de los casos, se precisan para ello varias sesiones de entrenamiento.⁹

CIRUGÍA EN EL ESTREÑIMIENTO REFRACTARIO

Si el tratamiento fracasa una y otra vez en el estreñimiento por tránsito lento, un grupo seleccionado de pacientes bien evaluados e informados pueden beneficiarse de una colectomía total con anastomosis ileorrectal. La indicación excepcional de colectomía debe establecerse en un centro terciario especializado y con experiencia. Pueden verse resultados decepcionantes, en los que el paciente puede quedar con incontinencia fecal y estreñimiento recurrente después de la cirugía, especialmente con trastornos de la evacuación. Son muy pocos los pacientes que se benefician de una colostomía (reversible) para tratar el estreñimiento.⁵

CONCLUSIONES

El estreñimiento es una patología, usual de consulta médica, y muchas veces puede convertirse en un reto diagnóstico y terapéutico. Abordar las herramientas, y

tratamientos nos permite dar un manejo individualizado e integral a nuestros pacientes, siempre haciendo énfasis en una detallada anamnesis y exploración física, que dirijan al clínico hacia la terapéutica, o sospecha más acertada, para beneficio del paciente. La educación individualizada es una herramienta preventiva a cerca de la automedicación, (frecuente en estos pacientes). Se deben recordar siempre los signos, y síntomas de alarma como pérdida de peso, sangrado rectal, o antecedentes heredofamiliares de enfermedad colorectal, y redirigir el abordaje de pacientes que presenten estos signos o síntomas.

RESUMEN

El estreñimiento constituye un motivo muy frecuente de consulta entre los pacientes que acuden a consulta médica diaria. Se cuenta con amplia variedad de tratamientos disponibles, que deben ser individualizados, según la sospecha clínica que derive de una buena anamnesis y exploración física del paciente. Sólo una minoría de las personas con este problema busca ayuda médica, lo que provoca que

haya un gran desconocimiento sobre el asunto, no sólo en torno a su solución, sino también respecto a sus consecuencias. Por lo cual, como médicos debemos informar y educar a nuestros pacientes, y sobretodo prevenir la automedicación, y sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Drossman, Douglas A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Division of Gastroenterology and Hepatology, UNC Center for Functional GI and Motility Disorders, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill. USA. Vol. 130, No. 5. Pp.1139-1390.2006.
2. Gil Garrigues, Vicente; Mercader, Pilar; Mora Miguel, Francisco. GUÍA PRÁCTICA DE Actuación Diagnóstico-Terapéutica En Estreñimiento Crónico. Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD). España. Pp. 1-23. 2013.
3. Jamshed, Namirah; Zone-En Lee; Olden, Kevin W. Diagnostic Approach to Chronic Constipation in Adults. American Family Physician. V 84, Nro3. Pp.229-306. USA. 2011
4. Levitt, Marc A.; L. Mathis, Kellie, y otros. Surgical treatment for constipation in children and adults. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology V25. Pp 167–179. 2011.
5. Lindberg, Greger; Hamid, Saeed; Malfertheiner, Peter, y otros. Estreñimiento: Una perspectiva mundial. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Pp 1-15. 2010
6. Mearin Fermín, Balboa Agustín, Montoro Miguel A. Estreñimiento. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. España. Pp 147-160. 2012
7. Minguez, Miguel; Herreros, Belen; Sanchiz, Vicente, y otros. Predictive Value of the Balloon Expulsion Test for Excluding the Diagnosis of Pelvic Floor Dyssynergia in Constipation. Department of Gastroenterology, University Clinic Hospital, University of Valencia, Valencia. Gastroenterology. V126. Nro 1. Pp. 1-6. 2004.
8. Mounsey, Anne; Raleigh, Meghan; Wilson, Anthony. Management of Constipation in Older Adults. American Family Physician. USA. Volume 92, Number 6. Pp. 500-504. 2015.
9. Puigdellivol C, Balboa A, Mearin F. Calidad de vida en los pacientes con estreñimiento funcional. Gastroenterol Hepatol; 27:32-8. 2004
10. Singh Siddharth; Rao, Satish. Pharmacologic Management of Chronic Constipation. Gastroenterol Clin N Am. V.39. Pp.509–527. 2010.