

Estreñimiento crónico idiopático

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO

TRATAMIENTO *pág. 140*BIOFEEDBACK *pág. 143*TRATAMIENTO QUIRÚRGICO *pág. 147*

FERNANDO AZPIROZ

Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital General Vall d'Hebron.
Barcelona. España.

Clasificación y tratamiento del estreñimiento crónico idiopático

Puntos clave

El estreñimiento se define basándose tanto en criterios objetivos (frecuencia y consistencia de las deposiciones) como subjetivos (esfuerzo defecatorio, sensación de bloqueo, sensación de evacuación incompleta).

El estreñimiento crónico puede producir alteraciones anoperineales como consecuencia del esfuerzo defecatorio repetido y de la retención fecal.

Una causa frecuente de estreñimiento es la incoordinación abdominoperineal, que se puede detectar mediante manometría anorrectal y se puede resolver con tratamiento con la técnica de *biofeedback*.

La indicación de los laxantes está en función de su potencia y efectos secundarios: en primera línea se utilizarán los osmóticos y lubricantes; en segunda, los salinos; y en tercera, los estimulantes.

La indicación de tratamiento quirúrgico del estreñimiento es excepcional y debe llevarse a cabo en centros de referencia.

Tradicionalmente, la definición de estreñimiento ha sido poco precisa, atendiendo a diferentes criterios objetivos y subjetivos. Por consenso, en la actualidad el estreñimiento se define por la presencia de 2 o más de los siguientes criterios: esfuerzo defecatorio, heces duras, sensación de evacuación incompleta, sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal, maniobras manuales para facilitar la deposición y/o menos de 3 deposiciones por semana¹⁻³. Aunque no se considera de forma explícita en esta definición el uso regular de laxantes, ya sean enemas o supositorios, para conseguir una evacuación regular, puede considerarse un signo de estreñimiento.

Presentación clínica

La presentación clínica del estreñimiento es variable. Algunos pacientes consultan por síntomas típicos de estreñimiento, pero en otros casos el síntoma que motiva la consulta es una consecuencia de este, como por ejemplo, alteraciones anoperineales^{1,4}. Además, el estreñimiento se puede presentar asociado a síntomas abdominales de tipo intestino irritable, probablemente debidos a una mala tolerancia del aparato digestivo a la sobrecarga fecal y/o a la toma de laxantes y que se pueden resolver al corregir el estreñimiento. El estreñimiento puede ser secundario a una enfermedad de base, como enfermedades neurológicas, colagenopatía, endocrinopatías o toma de fármacos. Estos casos, evidentemente, tienen un tratamiento específico y si existen signos de alerta hay que realizar una colonoscopia^{1,2}.

Tipos fisiopatológicos y tratamiento

Dieta y hábitos de vida

En algunas ocasiones el estreñimiento se resuelve normalizando la dieta y los hábitos de

vida¹⁻³. Si al paciente le cuesta hacer una dieta normal se pueden utilizar suplementos de fibra (pan integral, cereales, salvado o preparados comerciales)^{5,6}. La fibra no se absorbe en el intestino delgado y llega al colon, donde dependiendo del tipo de fibra, es fermentada por las bacterias colónicas. La fibra aumenta el volumen y disminuye la consistencia de la masa fecal y, en función de la composición de la flora colónica, puede producir gas. En algunos pacientes el aumento de la masa fecal y la producción de gas pueden empeorar los síntomas⁷. En contra de lo que frecuentemente se piensa, el agua ingerida se absorbe rápidamente en el intestino delgado y no contribuye al humedecimiento de las heces⁸. Sin embargo, la ingesta de agua, generalmente por la mañana, puede inducir la defecación mediante un reflejo condicionado y ser efectiva.

Defecto expulsivo

Una de las causas más frecuentes de estreñimiento primario es la alteración de la función anorrectal^{1,2,4,9-12}. Normalmente la defecación requiere una coordinación abdominoperineal, que consiste en una compresión abdominal asociada a una relajación de la musculatura esfinteriana y perineal. Algunos pacientes, al intentar evacuar, no realizan una relajación anal adecuada, lo que dificulta la evacuación. Además, el esfuerzo defecatorio produce un traumatismo anoperineal que puede ser causa de patología anal (hemorroides, fisura) o del suelo perineal (rectocele, prolapso, incontinencia)^{1,2,4,9-11,13,14}. El digestólogo debe realizar un papel profiláctico en el tratamiento adecuado del estreñimiento, no sólo para tratar los síntomas por los que consulta el paciente, sino también para prevenir este tipo de consecuencias.

Ante la sospecha de una incoordinación abdominoperineal, hay que evaluar la función anorrectal^{1,2,4,9-11}. La evaluación neuromuscular se lleva a cabo mediante manometría, valoran-

Lectura rápida



El estreñimiento se define por la presencia de 2 o más de los siguientes criterios: esfuerzo defecatorio, heces duras, sensación de evacuación incompleta, sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal, maniobras manuales para facilitar la deposición y/o menos de 3 deposiciones por semana.

El estreñimiento a veces se resuelve normalizando la dieta y los hábitos de vida.

Una de las causas más frecuentes de estreñimiento primario es la alteración de la función anorrectal. Algunos pacientes, al intentar evacuar no realizan una relajación anal adecuada, lo que dificulta la evacuación.

La incoordinación abdominoperineal se puede resolver mediante tratamiento con la técnica de *biofeedback*.

En caso de tránsito lento se pueden utilizar laxantes. La primera línea de tratamiento serían los laxantes de tipo osmótico; la segunda, los laxantes de tipo salino; y por último, los laxantes de tipo estimulante (derivados del difenil-metano y de la antraquinona).

Algunos pacientes presentan cuadros de estreñimiento grave, refractario al tratamiento, que constituyen cuadros de pseudoobstrucción colónica. En estos casos, cabe plantearse un tratamiento quirúrgico en centros de referencia.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen correspondiente al séptimo día de estudio del tiempo de tránsito colónico con marcadores radioopacos. Obsérvense imágenes radioopacas distribuidas a lo largo de todo el colon.

do la función muscular del esfínter interno, esfínter externo y músculo puborrectal, la capacidad y sensibilidad del recto, y la inervación intrínseca (plexo mientérico) y extrínseca^{4,9,11,15}. Una causa excepcional de estreñimiento en adultos es la enfermedad de Hirschsprung, que es una falta de desarrollo del plexo mientérico y que se puede detectar como una alteración de la inervación intrínseca^{16,17}. En la evaluación de la maniobra defecatoria es fundamental determinar si se produce una relajación anal adecuada; esto requiere una técnica manométrica muy cuidadosa, porque a veces la relajación defectuosa se limita a un anillo esfinteriano de unos milímetros que forma una especie de diafragma y puede pasar desapercibido⁹.

La incoordinación abdominoperineal se puede resolver mediante tratamiento con la técnica de *biofeedback*^{18,19}. El proceso de aprendizaje se logra proporcionando al paciente un control de la función que realiza, mediante diferentes métodos, para que pueda conseguir una coordinación adecuada. El resultado de este tipo de tratamiento depende de la técnica y de quién la realiza y, por lo tanto, varía en distintos laboratorios, pero con experiencia los resultados son muy satisfactorios. Este tipo de tratamiento se complementa con medidas higiénico-dietéticas y, a veces, con la utilización de laxantes osmóticos y/o lubricantes.

Tránsito lento

Si la función anorrectal es normal, hay que realizar una medición del tiempo del tránsito colónico. Se administra un número conocido de marcadores radioopacos en cápsulas de gelatina durante 3 días consecutivos y se mide el tránsito mediante una radiografía de abdomen al cuarto, séptimo y, eventualmente, al décimo día²⁰⁻²³ (fig. 1). Con esta técnica se puede determinar si existe un retraso del tránsito colónico. En pacientes con un defecto expulsivo la interpretación de esta prueba es dudosa, porque la retención fecal condiciona secundariamente un enlentecimiento del tránsito colónico. El estreñimiento de causa colónica es relativamente raro y la mayor utilidad de esta técnica es que identifica a los pacientes convencidos de que tienen un estreñimiento grave pero sin ninguna alteración objetiva. En estos pacientes insatisfechos por el volumen escaso de las deposiciones puede ayudar un suplemento de fibra que aumente la masa fecal.

En caso de tránsito lento se pueden utilizar laxantes²⁴. La primera línea terapéutica serían los laxantes de tipo osmótico, que retienen agua y disminuyen la consistencia fecal. Las sustancias clásicas, lactulosa, lactitol y sorbitol, pueden fermentar por las bacterias colónicas y producir gas, lo que resulta francamente molesto para algunos pacientes. El polietilenglicol no es fermentable y se suele tolerar mejor²⁵⁻²⁷. La segunda línea se llevaría a cabo con laxantes de tipo salino, por ejemplo, hidróxido o citrato de magnesio; y por último, los laxantes de tipo estimulante, que incluyen los derivados del difenil-metano (fenoltaleína, bisacodil) y los derivados de la antraquinona (cáscara sagrada, sen). Los preparados de hierbas, muy populares entre los pacientes estreñidos, suelen contener derivados de la antraquinona. La toma prolongada de derivados de esta sustancia produce una pigmentación mucosa colónica sin relevancia clínica (*melanosis coli*), pero no se sabe con certeza si puede tener efectos perjudiciales. En caso de tránsito colónico enlentecido también se pueden utilizar agentes procinéticos²⁸⁻³³.

En cualquier caso, es importante evitar la retención fecal, y para esto hay que instruir al paciente, que en caso de no realizar una deposición durante 2 o 3 días, utilice un laxante más eficaz que el habitual, supositorios de glicerina o incluso enemas de limpieza.

Algunos pacientes presentan estreñimiento grave, refractario al tratamiento, que realmente constituyen cuadros de pseudoobstrucción colónica. En estos casos, excepcionalmente, cabe plantearse un tratamiento quirúrgico en centros de referencia³⁴⁻³⁶. Desde el punto de vista quirúrgico, el primer paso podría ser la colocación de un catéter en el ciego para poder realizar

enemas anterógrados, más eficaces que el enema retrógrado convencional³⁷. El segundo paso consistiría en la colectomía subtotal, que requiere un estudio previo de la función del intestino delgado mediante manometría y, en caso de alteraciones o de dudas de disfunción, la realización de biopsias profundas en varios tramos del tubo digestivo, para determinar la presencia y extensión de una posible neuro o miopatía intestinal. En la actualidad, la miotomía anorrectal está desacreditada³⁸.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Metaanálisis
■ Ensayo clínico controlado
■ Epidemiología

1. ●● Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999;45(Suppl 2):II43-7.
2. ● Locke GR, III, Pemberton JH, Phillips SF. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. Gastroenterology 2000;119:1761-6.
3. Locke GR, III, Pemberton JH, Phillips SF. AGA technical review on constipation. American Gastroenterological Association. Gastroenterology 2000;119:1766-78.
4. Azpiroz F. Utilidad clínica de la evaluación de la función anorrectal. Gastroenterol Hepatol 1998;21:294-301.
5. Muller-Lissner SA. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta analysis. Br Med J (Clin Res Ed) 1988;296:615-7.
6. Dwyer JT, Goldin B, Gorbach S, Patterson J. Drug therapy reviews: dietary fiber and fiber supplements in the therapy of gastrointestinal disorders. Am J Hosp Pharm 1978;35:278-87.
7. Francis CY, Whorwell PJ. Bran and irritable bowel syndrome: time for reappraisal. Lancet 1994;344:39-40.
8. Ziegenhagen DJ, Tewinkel G, Kruis W, Herrmann F. Adding more fluid to wheat bran has no significant effects on intestinal functions of healthy subjects. J Clin Gastroenterol 1991;13:525-30.
9. ●● Azpiroz F, Enck P, Whitehead WE. Anorectal functional testing: review of collective experience. Am J Gastroenterol 2002;97:232-40.
10. Park UC, Choi SK, Piccirillo MF, Verzaro R, Wexner SD. Patterns of anismus and the relation to biofeedback therapy. Dis Colon Rectum 1996;39:768-73.
11. ● Diamant NE, Kamm MA, Wald A, Whitehead WE. AGA technical review on anorectal testing techniques. Gastroenterology 1999;116:735-60.
12. Rao SS. Dysynergic defecation. Gastroenterol Clin North Am 2001;30:97-114.
13. Snooks SJ, Barnes PR, Swash M, Henry MM. Damage to the innervation of the pelvic floor musculature in chronic constipation. Gastroenterology 1985;89:977-81.
14. Kiff ES, Barnes PR, Swash M. Evidence of pudendal neuropathy in patients with perineal descent and chronic straining at stool. Gut 1984;25:1279-82.
15. Rao SS, Azpiroz F, Diamant N, Enck P, Tougas G, Wald A. Minimum standards of anorectal manometry. Neurogastroenterol Motil 2002;14:553-9.
16. Tobon F, Reid NC, Talbert JL, Schuster MM. Nonsurgical test for the diagnosis of Hirschsprung's disease. N Engl J Med 1968;278:188-93.
17. Ikeda K, Goto S. Diagnosis and treatment of Hirschsprung's disease in Japan. An analysis of 1628 patients. Ann Surg 1984;199:400-5.
18. Enck P. Biofeedback training in disordered defecation. A critical review. Dig Dis Sci 1993;38:1953-60.
19. Rao SS, Enck P, Loening-Baucke V. Biofeedback therapy for defecation disorders. Dig Dis 1997;15(Suppl 1):78-92.
20. Chaussade S, Khyari A, Roche H, Garret M, Gaudric M, Couturier D, Guerre J. Determination of total and segmental colonic transit time in constipated patients. Results in 91 patients with a new simplified method. Dig Dis Sci 1989;34:1168-72.
21. Metcalf AM, Phillips SF, Zinsmeister AR, MacCarty RL, Beart RW, Wolff BG. Simplified assessment of segmental colonic transit. Gastroenterology 1987;92:40-7.
22. Grupo Español de Motilidad Digestiva. Medición del tiempo de tránsito colónico (total y segmentario) con marcadores radioopacos. Valores de referencia nacional obtenidos en 192 voluntarios sanos. Gastroenterol Hepatol 1998;21:71-5.
23. Hinton JM, Lennard-Jones JE, Young AC. A new method for studying gut transit times using radioopaque markers. Gut 1969;10:842-7.
24. Schiller LR. Review article: the therapy of constipation. Aliment Pharmacol Ther 2001;15:749-63.
25. Schiller LR, Emmett M, Santa Ana CA, Fordtran JS. Osmotic effects of polyethylene glycol. Gastroenterology 1988;94:933-41.
26. Corazzari E, Badiali D, Habib FI, Reboa G, Pitto G, Mazzacca G, et al. Small volume isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in treatment of chronic nonorganic constipation. Dig Dis Sci 1996;41:1636-42.
27. Badiali D, Corazzari E. Use of low dose polyethylene glycol solutions in the treatment of functional constipation. Ital J Gastroenterol Hepatol 1999;31(Suppl 3):S245-8.
28. Sloots CE, Poen AC, Kerstens R, Stevens M, De Pauw M, Van Oene JC, et al. Effects of prucalopride on colonic transit, anorectal function and bowel habits in patients with chronic constipation. Aliment Pharmacol Ther 2002;16:759-67.
29. Emmanuel AV, Roy AJ, Nicholls TJ, Kamm MA. Prucalopride, a systemic enterokinetic, for the treatment of constipation. Aliment Pharmacol Ther 2002;16:1347-56.
30. Prather CM, Camilleri M, Zinsmeister AR, McKinzie S, Thomforde G. Tegaserod accelerates orocecal transit in patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2000;118:463-8.
31. Fink S, Chaudhuri TK, Palmer JD. Cisapride accelerates colonic transit in constipated patients with colonic inertia. Am J Gastroenterol 1990;85:216-7.
32. Muller-Lissner SA. Treatment of chronic constipation with cisapride and placebo. Gut 1987;28:1033-8.
33. Muller-Lissner SA. Cisapride in chronic idiopathic constipation: can the colon be re-educated? Bavarian Constipation Study Group. Eur J Gastroenterol Hepatol 1995;7:69-73.
34. Azpiroz F. Trastornos de la motilidad intestinal. En: Farreras-Rozman, C, editores. Medicina Interna Farreras-Rozman. 14 ed. 2000; p. 205-13.
35. Pemberton JH, Rath DM, Ilstrup DM. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. Ann Surg 1991;214:403-11.
36. Mollen RM, Kuipers HC, Claassen AT. Colectomy for slow-transit constipation: preoperative functional evaluation is important but not a guarantee for a successful outcome. Dis Colon Rectum 2001;44:577-80.
37. Malone PS, Ransley PG, Kiely EM. Preliminary report: the antegrade continence enema. Lancet 1990;336:1217-8.
38. Kamm MA, Hawley PR, Lennard-Jones JE. Lateral division of the puborectalis muscle in the management of severe constipation. Br J Surg 1988;75:661-3.

Bibliografía recomendada

Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gut 1999;45(Suppl 2):II43-7.

Revisión sobre los aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos del estreñimiento. Incluye una definición consensuada que es la referencia internacional actual.

Locke GR, III, Pemberton JH, Phillips SF. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation. Gastroenterology 2000;119:1761-6.

Revisión de la bibliografía y recomendaciones preparadas por la Asociación Americana de Gastroenterología. El documento se publicó a continuación de la guía sobre el tratamiento del estreñimiento, recomendación oficial de la Asociación Americana de Gastroenterología, y proporciona el soporte documental con una amplia bibliografía.

Azpiroz F, Enck P, Whitehead WE. Anorectal functional testing: review of collective experience. Am J Gastroenterol 2002;97:232-40.

Documento preparado sobre la discusión de un panel internacional sobre las indicaciones, realización y relevancia clínica de la evaluación de la función anorrectal. El documento hace una valoración crítica del conocimiento actual y pone de relieve los aspectos que precisan confirmación con evidencia experimental.

Diamant NE, Kamm MA, Wald A, Whitehead WE. AGA technical review on anorectal testing techniques. Gastroenterology 1999;116:735-60.

Revisión técnica de la Sociedad Americana de Gastroenterología sobre los métodos de evaluación de la función anorrectal. El documento trata específicamente de la valoración del estreñimiento por las diversas técnicas de que se dispone en la actualidad y resalta los parámetros funcionales que pueden tener importancia fisiopatológica y relevancia clínica.