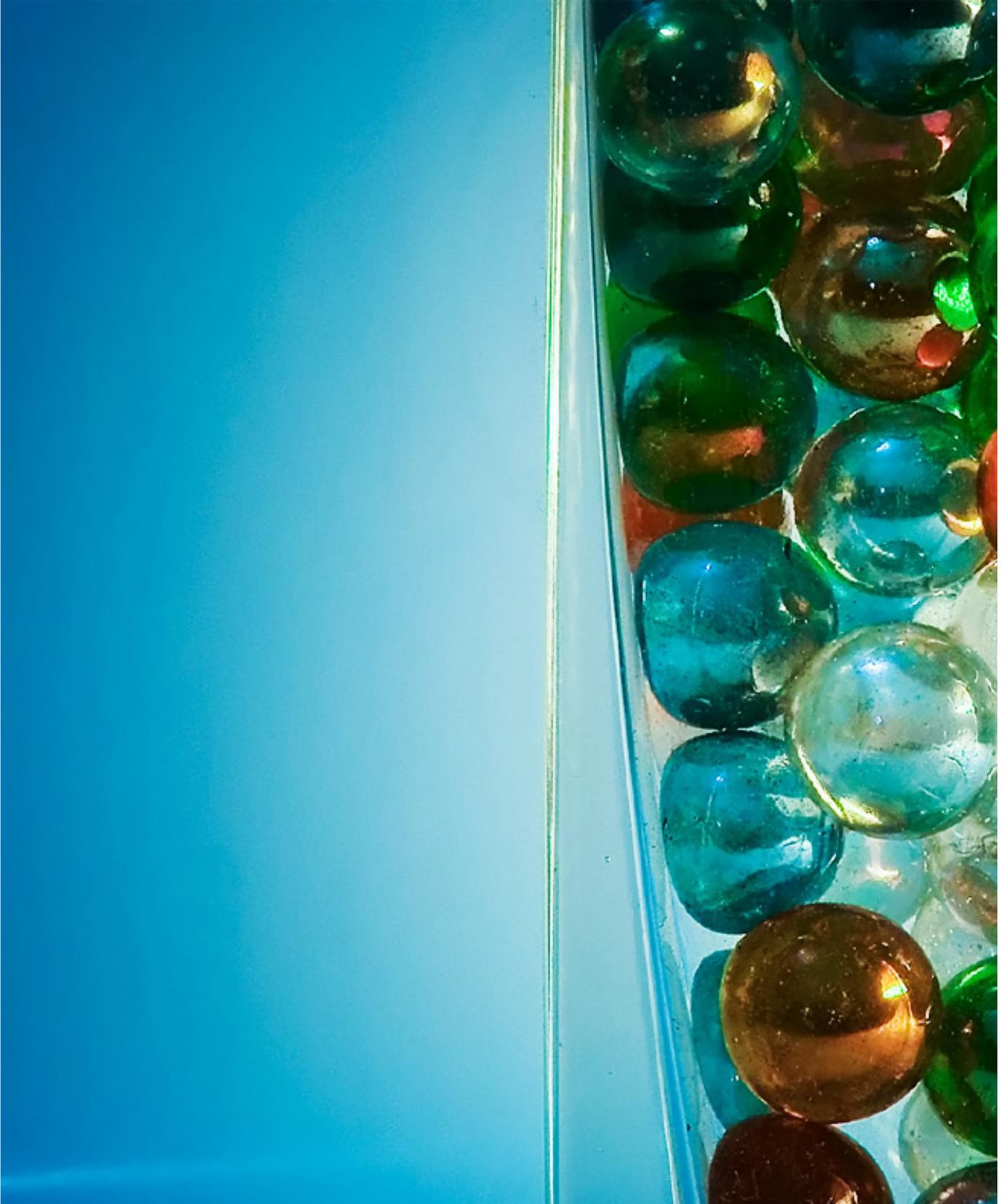




**Libros
Virtuales
IntraMed**



CONSTIPACIÓN CRÓNICA

DEFINICIÓN

Dos o más de los siguientes criterios presentes en más del 25% de las deposiciones:

- ❖ Menor o igual a 3 deposiciones por semana
- ❖ Heces duras
- ❖ Gran esfuerzo evacuatorio
- ❖ Sensación de evacuación incompleta
- ❖ Maniobras manuales

ETIOLOGÍA

Primaria o funcional: se divide de acuerdo a la velocidad del tránsito en:

- ❖ Constipación con tránsito normal: percepción rectal anómala, aumento de la compliance rectal, ambas, supresión voluntaria del reflejo defecatorio por cuestiones sociales.
- ❖ Constipación con tránsito lento e inercia colónica: disfunción del SNE o SNA.
- ❖ Obstrucción del tracto de salida (OTS): disinergría anorectal, debilidad del piso pelviano, prolapso rectal, intususcepción rectal, retócele, enterocele, apertura del ángulo anorectal menor de 15°, descenso perineal menor de 1 cm.

Secundaria: (patología endocrino metabólica, neurológica, orgánica o ingesta de fármacos)

- ❖ Endocrino: diabetes, hipotiroidismo, hipercalcemia.
- ❖ Neurológico: Hirschprung, chagas, neuropatía autonómica, pseudobstrucción intestinal miopática o neuropática, parkinson, lesiones medulares, esclerosis múltiple.
- ❖ Orgánico: neoplasia, hernias, adherencias, vólvulos.
- ❖ Fármacos: opiáceos, anticolinérgicos (antiespasmódicos, antidepressivos, antipsicóticos, L- dopa), antiácidos, bloqueantes de canales de calcio.

DIAGNÓSTICO

A través del interrogatorio confirmar la constipación

- ❖ Evaluar pautas de alarma: inicio reciente, mayor de 50 años, pérdida de peso, anemia, hematoquezia, antecedentes familiares de CCR.
- ❖ Por medio de las siguientes preguntas buscar la causa:
- ❖ Edad de inicio
- ❖ Composición de la dieta, ingesta de agua, ¿vida sedenta-

ria?

- ❖ Supresión voluntaria del reflejo defecatorio por cuestiones sociales
- ❖ Ingesta de fármacos o laxantes en forma crónica
- ❖ Dolor anal
- ❖ Antecedentes de partos vaginales, número, si fueron traumáticos, ¿relación con el inicio de la constipación?
- ❖ Antecedentes de abuso físico o sexual
- ❖ Síntomas compatibles con OTS: aumento del esfuerzo evacuatorio, ayuda con maniobras manuales, sensación de evacuación incompleta

Examen físico

- ❖ Semiología de abdomen (inspección, palpación, percusión, auscultación), descartar masa abdominal
- ❖ Examen rectoanal: inspección: buscar patología orificial. Medir descenso perineal (VN 1 - 3.5 cm). Tacto rectal: buscar estenosis anal, bolo fecal, masa rectal, determinar capacidad de relajación durante el pujo.

Métodos complementarios

- ❖ Laboratorio general que incluya calcemia, ionograma venoso.
- ❖ TSH
- ❖ En pacientes mayores de 50 años, SOMF + o signos / síntomas de alarma solicitar colonoscopia.

Si luego de la evaluación inicial se llega a un diagnóstico, realizar tratamiento orientado a la patología y evaluar respuesta.

Si no se demuestra una causa secundaria se hace diagnóstico de constipación funcional y se indica el siguiente tratamiento:

- ▶ Educación.
- ▶ Dieta rica en fibras (30 a 40 grs/día).
- ▶ Ingesta de 3 a 4 litros de agua.
- ▶ Actividad física aeróbica.

Si mejora, continuar con igual plan.

Si no mejora, se indica tiempo de tránsito colónico (TTC).

TTC:

- ❖ 0 hs ingiere 20 marcadores radiopacos.

- ❖ 48 hs RX de abdomen que incluya pelvis
- ❖ 96 hs RX de abdomen que incluya pelvis.

Resultados:

Tránsito normal: < 20% de marcadores retenidos.

Tránsito lento: > 20% de marcadores retenidos entre ángulo esplénico y recto.

Inercia colónica: mayoría de los marcadores retenidos a lo largo de todo el marco colónico, pero con predominio de colon derecho.

OTS: > 20% de marcadores retenidos a nivel de recto

Mixto: OTS + tránsito lento.

TRATAMIENTO

Tránsito normal: si con las medidas generales no mejora seguir los siguientes pasos:

- ❖ Laxantes osmóticos
- ❖ Laxantes de volumen
- ❖ ¿Agregar un proquinético?
- ❖ Si no mejora pedir MAR y videodefecografía (VDG) para descartar OTS asociada.

Tránsito lento: si con las medidas generales no mejora seguir los siguientes pasos:

- ❖ Proquinéticos
- ❖ Laxantes osmóticos
- ❖ Laxantes de volumen
- ❖ Asociar proquinéticos más un laxante

Si no mejora pedir MAR y VDG:

- ❖ Resultado anormal: biofeedback o reparación quirúrgica según corresponda o psicoterapia.
- ❖ Resultado normal: insistir con el tratamiento médico y si no mejora evaluar la severidad de la constipación y plantear cirugía (colectomía).

Inercia colónica: si con las medidas generales no mejora seguir los siguientes pasos:

- ❖ Proquinéticos
- ❖ Laxantes osmóticos
- ❖ Laxantes de volumen
- ❖ Asociar proquinético más laxante
- ❖ Psicoterapia

Si no mejora solicitar manométrica pancolónica: evaluar actividad propagada, respuesta farmacológica y respuesta motora postprandial:

- Respuesta +: reconsiderar tratamiento médico
- Respuesta - : descartar pseudobstrucción intestinal, pedir manométrica antroduodenoyeyunal; si es normal, colectomía total, si es patológica, estudiar origen de pseudobstrucción intestinal.

OTS: solicitar MAR:

- ❖ RRAI negativo: Hirschprung cirugía
- ❖ Disinergia anorectal: biofeedback
 - ▶ Si mejora, seguimiento clínico
 - ▶ Si no mejora: laxantes por vía oral, supositorios o enemas

En pacientes con MAR normal o en aquellos con disinergia anorectal que no mejoran con biofeedback o laxantes pedir VDG:

- ❖ Defecto anatómico evaluar reparación quirúrgica
- ❖ Normal: reconsiderar tratamiento médico y psicoterapia

Tránsito lento más OTS

- ❖ Biofeedback
- ❖ Si hay defecto anatómico considerar reparación quirúrgica
- ❖ Proquinéticos
- ❖ Laxantes
- ❖ Proquinéticos más laxantes

Bibliografía

1. Anthony Lembo, M.D., and Michael Camilleri, M.D. Chronic Constipation. review article. N Engl J Med 2003; 349:1360-8.
2. John F. Johanson. Review of the Treatment Options for Chronic Constipation. MedGenMed. 2007; 9(2): 25.
3. Greg Rubin and Anne Dale. Chronic constipation in children. BMJ. 2006 November 18; 333(7577): 1051–1055.
4. J. E. Lennard-Jones. Estreñimiento. Sleisenger and Fordtrand. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. 7 edición. 2004. Capítulo 12. Página 192-225.