

Causas más frecuentes de constipación en nuestro medio

Dr. Curi, L. A.;
Dra. Maldonado, Gabriela ;
Dra. Genoud, Teresa.

Sección motilidad digestiva,
División Gastroenterología,
Htal. de Clínicas "José de San Martín"

SUMMARY

At the Digestive Motility Department on gastroenterology floor of the "Hospital de Clínicas Jose de San Martin", 165 patients were evaluated due to chronic constipation, underlying the most frequent causes in our environment. The use of the present diagnostic methods is suggested following a suitable clinical orientation. The most frequent causes of constipation after this test were: chronic idiopathic constipation in 112 cases (67.87%) and with megarectum, megasigma and megacolon 32 cases (19.09%), rectocele in 9 cases (5.45%), rectal prolapse in 5 cases (3.03%), enf. De Hirschprung 5 cases (3.03%) and anal estenosis 2 cases (1.21%).

Index: Colon. Constipación
Acta Gastroent. Latinoamericana. 33:2003

INTRODUCCION

Durante más de tres milenios existieron teorías sobre la constipación que sugerían que la misma se debía a "procesos de putrefacción". El médico personal de Luis XV de Francia en el siglo XVIII, advirtió que la enfermedad sería el resultado de la contaminación de la sangre por la degradación de los productos intestinales; A comienzos del siglo XIX existió un consenso general que la constipación era una afección universal en sociedades industrializadas, que la engendra un amplio margen de dolencias humanas serias (10).

La constipación es un síndrome de difícil evaluación, ya que presenta componentes subjetivos relatados por el paciente (heces duras y/o escasas, sensación de dificultad para evacuar

Sensación de evacuación incompleta y componentes objetivables como la frecuencia evacuatoria o los que el médico percibe a través del estudio clínico, morfológico y funcional. Está relacionado con una disfunción motora colónica, anorrectal o del piso pelviano. Tanto el aumento (espasmo), como la disminución (hipotonía) de la motilidad del intestino grueso, pueden causar estreñimiento.

Es un término subjetivo que describe el síntoma de defecación insatisfactoria.

Existen distintos criterios para definir la constipación severa considerando los antecedentes del paciente de por lo menos un año atrás. La presencia de dos o más de los siguientes criterios confirman el diagnóstico de constipación: (9)

- 1) Esfuerzo defecatorio por lo menos en el 25% de las evacuaciones (sin uso de laxantes).

- 2) Heces duras o coprolitos por lo menos en el 25% de las deposiciones (sin uso de laxantes).
- 3) Sensación de evacuación incompleta por lo menos en el 25 % de las veces (sin uso de laxantes).
- 4) Menos de tres evacuaciones por semana o menos de dos evacuaciones semanales como promedio en el último año (sin uso de laxantes).

Otros autores la definen siempre que exista :

- 1) ausencia de obstrucción mecánica
- 2) movimientos intestinales menos frecuentes que cada cinco días

- 3) síntomas persistentes por más de 18 meses y
- 4) tiempo de tránsito colónico anormal.

Una vez determinada la presencia de constipación, el siguiente paso es valorar cuál de las múltiples causas que la pueden provocar, es la responsable en cada caso (3). Globalmente dividimos a los pacientes constipados en dos grandes grupos: aquellos con constipación crónica idiopática que carecen de una causa orgánica demostrable aquellos con constipación crónica secundaria que responde a mecanismos digestivos o extradigestivos que se muestran en el cuadro n° 1. (4,7,6,9,5)

Cuadro n° 1: Constipación secundaria

2 -	I-fármacos, antiác, antidepressivos, antiparkinsonianos, etc.) II-Trastornos metabólicos y endócrinos: DBT, porfiria, uremia Hipotiroidismo, panhipopituitarismo, feocromocitoma y otros. III-Miopatías: Miopátia visceral familiar, dermatomiositis, esclerosis sistémica, otros. IV-Factores inespecíficos: Falta de ejercicios, viajes de larga distancia, ancianos (7) con artritis, imposibilidad para generar suficiente presión abdominal, posición al defecar, otros.
3 -	I-Neuropatía autonómica (Enf de Chagas Mazza) II-Hipo o hiperganglioneosis III-Lesiones del SNC (enf de Parkinson (4) Lesiones medulares, S. de cola de caballo, otros)
4 -	I-Tracto GI Superior: a) Enf celiaca b) Enf fibroquística c) otras. II-Tracto GI inferior: a) Obstrucciones estenóticas (tumores, vólvulos, diverticulitis, otras.) b) Anormalidades musculares (Enf. diverticular, DM, esclerosis sistémicas,) c) Lesiones del recto (Rectocele, tumores, prolapso rectal interno, otros) d) Trastornos del piso pelviano (6) (Sindr. del periné descendente, periné rígido, S. de contracción paradójica del haz puborectal) e) Lesiones del canal anal (Estenosis, ano ectópico anterior, otras.)

B) Constipación idiopática crónica:

Constipación en la que no se ha detectado ninguna causa orgánica y que ha estado presente durante algún período (arbitrario).

El síndrome del intestino irritable, merece una consideración especial ya que algunos autores lo incluyen dentro de las causas secundarias de constipación (miopáticas), otros lo consideran una entidad separada (2) y otros lo asocian a la constipación idiopática crónica.

El objetivo de esta presentación es valorar las causas más frecuentes de constipación en nuestro medio evaluando a los pacientes constipados que consultaron en nuestra sección durante un período de 5 años.

MATERIAL Y METODOS

En un lapso de cinco años se han asistido en el sector de Motilidad Digestiva de la división de gastroenterología del Hospital de Clínicas "José de San Martín", 165 pacientes constipados crónicos. El 17% (28 pacientes) corresponden al sexo masculino y el 83% (137 pacientes) al femenino.

El rango de edad fue de 8 a 81 años para los hombres y de 6 a 77 años para las mujeres.

La edad promedio (ponderal) fue de 42 y 44 años respectivamente. Las décadas más frecuentes de consulta fueron de 50 a 59 años para el sexo femenino y de 10 a 19 años para el sexo masculino.

El diagnóstico se inició con una completa anamnesis que incluye antecedentes personales y de enfermedad actual, frecuencia defecatoria, consistencia y volumen de las heces, sensación de evacuación incompleta (satisfacción defecatoria) necesidad de posturas especiales para completar la evacuación, ayudas digitales, medicaciones utilizadas, etc.

Se descartó luego patología orgánica colónica con exámen general y proctológico completo (incluye RSC o FC) y eventual Rx colon por enema doble contraste.

Se solicitó laboratorio para descartar patología metabólica o endócrina en los casos en que por el curso clínico así se sospechara.

Los estudios de motilidad colónica y de evaluación del piso pelviano se realizaron una vez excluidas las causas colónicas y extracolónicas antes detalladas; de tal forma que se realizó manometría anorrectal a todos los pacientes de este último grupo, para evaluar la presencia de reflejo rectoanal inhibitorio, hipertonia esencial del esfínter interno, comportamiento paradójico del conducto anal durante el pujo, anismus, discinergia del piso pelviano, alteración de la dinámica rectal, otros.

Se evaluaron 65 pacientes que padecían síntomas bajos mediante defecografía (1), de los cuales 59 fueron mujeres y 6 hombres con un rango de edad entre los 10 y 81 años (promedio 48 años).

A todos los pacientes con constipación crónica idiopática se les realizó un tiempo de tránsito colónico con marcadores radiopacos (5).

RESULTADOS

El 58.8% presentó tiempo de tránsito normal, hubo un 5.95% de constipación por tránsito lento; el 25.5% presentó disfunción del intestino posterior y el 9.8% obstrucción del tracto de salida.

Las defecografías realizadas mostraron: relajación inadecuada del haz PR en el 18.46%; comportamiento paradójico del HPR en el 10.76% de los casos; rectocele anterior y/o posterior, 4.61%; descenso del piso pelviano aumentado, 3.07%; intususcepción rectal, 1.53%; prolapso de recto, 1.53%; relajación inadecuada del HPR asociado a descenso del piso pelviano aumentado o a rectocele, 29.23%; contracción paradójica del HPR asociado a rectocele o descenso del piso pelviano aumentado, 16.92%; descenso del piso pelviano aumentado asociado a rectocele anterior o posterior, 12.30%; El estudio fue normal en el 1.53% de los casos.

De los 165 pacientes con constipación crónica estudiados, las causas más frecuentemente encontradas fueron la constipación idiopática en 112 casos (67.87%), y el megacolon megasigma y megarrecto en 32 casos (19.39%). En el resto de los pacientes las causas fueron, rectocele en 9 casos (5.45%), prolapso rectal 5 casos (3.03%), enfermedad de Hirschprung 5 casos (3.03%) y estenosis anal 2 casos (1.21%).

DISCUSION

Existen múltiples causas de constipación, para los autores franceses la constipación puede ser debida a trastornos metabólicos, anormalidades endócrinas, medicamentos, y en todos esos casos la constipación es consecuencia de otra enfermedad. En otros, también puede ser debida a dietas inapropiadas, o un modo de vida del paciente (behavioural errors), en el resto de los casos, cuando no se encuentra la causa responsable se habla de constipación idiopática crónica, dentro de la que se incluyen los trastornos del tiempo del tránsito colónico sea por inercia colónica o por lo opuesto, la motilidad colónica aumentada, "outletobstrucción" (10) (megarrecto, megasigma, rectocele, anismus, etc.).

El 15% de la población que refiere constipación presenta un tránsito colónico demorado en el colon ascendente y corresponde al 16-41% de los que presentaron tránsito colorrectal demorado. La éstasis colónica derecha practicamente siempre está asociada con demora del tránsito colorrectal global.

El 33% de los sujetos que presentan menos de dos deposiciones por semana tienen disfunción del intestino posterior y pueden ser subdivididos aproximadamente en una mitad con demora en el colon izquierdo y rectosigma y la otra mitad con obstrucción funcional del tracto de salida.

Algunos individuos con tránsito demorado en el colon ascendente tienen clara evidencia de reflujo del colon izquierdo al derecho. Se observó estasis aislada en el colon izquierdo en el 15 % de una población constipada, en el 36% de los que presentaban demora global del tránsito en el intestino grueso.

Obstrucción funcional del tracto de salida se observó en el 13 % de una población constipada, pero en 36% de los que mostraron demora global del tránsito en el intestino grueso.

Los pacientes con tránsito normal pueden tener tránsito demorado segmentario en el colon descendente y algunos pueden tener tiempo de tránsito segmentario normal, con tránsito global demorado. Sólo un tercio de los pacientes con tránsito colorrectal normal tiene tiempo de tránsito segmentario normal.

Numerosos pacientes constipados presentan tiempos de tránsito gastrointestinal normales. El porcentaje exacto depende de las modalidades de selección. Por ejemplo la mayoría de los sujetos con constipación dolorosa tienen tránsito normal en contraste con ninguno de los que tienen constipación indolora. Es posible observar tránsito normal en pacientes que defecan menos de dos veces por semana, así como en los que presentan megarrecto.

En nuestra evaluación el 58 % de los pacientes con constipación idiopática crónica presentaron un tiempo de

tránsito normal (coincidente con la bibliografía internacional), lo que demuestra la importancia que tiene la sintomatología subjetiva de la constipación y de los pacientes constipados con síntomas bajos y que se les realizó defecografía, casi en la totalidad de los mismos se demostró patología orgánica y funcional de la zona ano-recto-perineal, lo que confirma lo útil de éste método diagnóstico en pacientes constipados crónicos con éste tipo de sintomatología.

CONCLUSION

Evaluando las causas de constipación en nuestro medio, observamos que la constipación más frecuente es la constipación idiopática crónica, siguiéndole en frecuencia la constipación con megas, (mega-recto-sigma y colon) y continúan el rectocele, el prolapso rectal, la enfermedad de Hirschprung y la estenosis anal. Se deben tener en cuenta siempre la sintomatología objetiva y subjetiva, referida por el paciente y es indispensable una detallada anamnesis respecto de los antecedentes, padecimiento actual y hábitos higiénico-dietéticos del enfermo, para así orientar lo más correctamente posible la secuencia diagnóstica y terapéutica de ésta enfermedad.

Resumen

En la sección Motilidad digestiva de la División gastroenterología del Hospital de Clínicas José de San Martín se consideran 165 pacientes evaluados por constipación crónica valorando las causas más comunes en nuestro medio. Se propone el uso de los métodos diagnósticos actuales siguiendo una orientación clínica adecuada. En esta evaluación las causas más frecuentes de constipación fueron: la constipación crónica idiopática en 112 casos (67.87 %), y con megarrecto, megasigma, y megacolon 32 casos (19.09%); rectocele en 9 casos (5.45. %); prolapso rectal 5 casos (3.03%); enf de Hirschprung 5 casos (0.03%) y estenosis anal 2 casos (1.21%).

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Alstrup, n; Rnhholt, C". *Viscous fluid expulsion in the evaluation of the constipated patient.* *Dis-Colon-Rectum.* 1997 May;40(5):580-4.
- 2 - Azpiroz, Fernando; Dapoigni, Michel; Pace, Favio & col. "Non gastrointestinal Disorders in the Irritable bowel syndrome". *Digestion* 2000;62:66-72.
- 3 - Bassotti-G; Imbimbo-BP; *Impaired colonic motor response to eating in patient with slow transit constipation*; *Am-J-Gastroenterology* 1992 April;87 (4):504-8.
- 4 - Byrne-KG; Pfeiffer-r; "Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. *J-Clin_Gastroenterol.* 1994 Jul;19(1):11-6.
- 5 - Curi Luis; Alvares Moo, *Tiempo de tránsito colónico con marcadores radiopacos en pacientes con constipación crónica idiopática.* *Revista del Hospital de clínicas,* vol 11, 12 año 1997, pág.5 a 7
- 6 - Duthie-GS; Bartolo-DC; Anismus: *The cause of constipation? Results of investigation and treatment.*, *World-J-Surg.* 1992 Sep-Oct;16(5):831-5.
- 7 - Ger, GC; Wexner, SD; "Anorectal manometry in the diagnosis of paradoxical puborectalis syndrome" *Dis-Colon-Rectum* 1993 Sep;36 (9):816-25.
- 8 - Slater-BJ; Varma-JS; "Abnormalities in the contractile properties of colonic smooth muscle in idiopathic slow transit constipation.. *Br-J-Surgery.* 1997 Febr;84(2):181-4.
- 9 - Sleinger and Foltran 5º edición Vol. 1 Chapter 39; 870 872. Devroede G; *Gastrointestinal disease;*

10 - Surrenti-E;Rath-DM;"Audit of constipation in the tertiary referral gastroenterology practice";Am-J-Gastroenterology 1995 sep;90(9):1471-5.

11 - Whorton James-"Civilization and the colon=Constipation as the disease of disease".Department of medical History Univ. Of Washington.School of Medicine,set 2000. Box 357120,Seattle,WA98195-7120 USA.

SEPARATA

Dr. Luis Antonio Curi
Martín y Omar 352
B1642DHH
San Isidro - Buenos Aires
E-mail: centromedicomyo@arnet.com.ar