



Constipación, Inercia Colónica y Estudios Con Marcadores Colónicos

Por: Eli D. Ehrenpreis, MD., Assistant Professor of Clinical Medicine, University of Chicago Department of Medicine, Chicago, Ill.

La constipación es un síntoma frecuente. El tratamiento habitualmente incluye modificaciones en el estilo de vida tales como el incremento del consumo de líquidos, fibra y realizar ejercicio regularmente.

A veces, el síntoma de constipación puede representar una enfermedad seria como el hipotiroidismo o la diabetes. Las anomalías estructurales del colon como estrecheces u otras enfermedades del colon o del recto, también pueden causar constipación. Es por ello recomendable reportar la constipación a su médico si es persistente, difícil de manejar o de reciente comienzo.

Algunos individuos que padecen constipación tienen un trastorno que compromete o involucra el control neuromuscular del proceso defecatorio.

Las anomalías que afectan la musculatura pélvica, los nervios espinales y los músculos de la región anorrectal pueden resultar en el desarrollo de la constipación. Las condiciones de este tipo son denominadas trastornos de la defecación y se caracterizan por un gran esfuerzo defecatorio y vaciamiento rectal incompleto.

Un subgrupo de personas tiene constipación por alteración de los nervios y músculos del mismo colon. En estos pacientes el movimiento de la materia fecal por dentro del colon está retrasado (enlentecido) de manera marcada. Los pacientes con actividad colónica enlentecida (denominado medicamento inercia colónica) tienen dificultad en movilizar la materia fecal a lo largo del colon, que mide aproximadamente 3 pies de largo. En pacientes con inercia colónica la materia fecal puede quedar depositada en el colon derecho o en la porción media del colon sin progresar adecuadamente al colon rectosigmoide. El colon

rectosigmoide es el responsable de la propulsión y transferencia de la materia fecal fuera del cuerpo (el proceso involucrado en la defecación).

Existen una variedad de condiciones que pueden causar enlentecimiento de la actividad colónica. Medicamentos (fármacos, drogas) tales como algunos antihipertensivos, analgésicos que contienen opioides, antidepresivos, antipsicóticos y anticolinérgicos, pueden enlentecer la actividad colónica.

El hipotiroidismo, la diabetes y algunas enfermedades reumáticas también pueden enlentecer la función de los nervios y músculos intrínsecos del colon produciendo una constipación severa. Finalmente, existen algunos individuos que desarrollan inercia colónica sin una causa identificable. Esta condición es denominada idiopática. Se observa frecuentemente en mujeres jóvenes.

Los síntomas de inercia colónica incluyen largos retrasos en el paso de la materia fecal acompañado por falta de deseo para movilizar los intestinos. Se ha determinado que la frecuencia normal del paso de materia fecal es de 3 o más movimientos intestinales por semana. Los individuos con inercia colónica habitualmente no tienen deposiciones en 7 a 10 días, o más. A veces, la inercia colónica se acompaña de trastornos en la motilidad del tracto gastrointestinal superior incluyendo vaciamiento gástrico enlentecido y pseudo-obstrucción intestinal (un trastorno que causa síntomas de bloqueo u obstrucción pero sin real obstrucción).

Debido a que existe un importante número de causas para los síntomas de constipación, su médico puede realizar estudios de sangre buscando enfermedades sistémicas (condiciones que afectan a todo el organismo como la diabetes) así como una

DISINERGIA DEL PISO PÉLVICO (DPP)

Un ejemplo de disfunción anorrectal que puede contribuir a la constipación, es una condición llamada Disinergia del Piso Pélvico (DPP), también llamado anismo.

Está caracterizado por la falta de relajación de los músculos de piso pélvico o por una contracción paradójica de los mismos músculos del piso pélvico durante la defecación.

El piso pélvico se compone de un grupo de músculos que atraviesan la superficie subyacente de la pelvis ósea, que funcionan para permitir la micción (pasaje de orina) y la defecación voluntaria. La "contracción paradójica"; es un aumento anormal de la actividad del músculo del piso pélvico durante la defecación (se necesita una disminución normal de la actividad de músculo que permita relajar el conducto anal) para tener una evacuación con paso normal de materia fecal al exterior.

Esta condición (DPP), puede contribuir a algunas formas de constipación, con quejas de evacuación incompleta, esfuerzo evacuatorio y utilización de maniobras para extraer la materia fecal.

Dado que los músculos del piso pélvicos se controlan voluntariamente, su función se puede mejorar con los procedimientos de aprendizaje tales como el Biofeedback (Biorretroalimentación: Reeducción de la función esfinteriana).

[Para más información sobre los desordenes relacionados con la excesiva tensión de los músculo del piso pélvico, vea la hoja IFFGD No. 109]

video-colonoscopia o un colon por enema para la búsqueda de anomalías intrínsecas del colon.

La revisión de sus medicamentos va a determinar si usted está tomando medicinas que están afectando el funcionamiento del colon. Finalmente, se le pueden practicar estudios que evalúan la función anorrectal incluyendo.

Defecografía- (una prueba radiográfica que identifica defectos anatómicos durante la defecación)

Electromiograma- o EMG (que evalúa la actividad neuromuscular), para determinar si algún trastorno de esa región está presente

Estudios con marcadores- colónicos (tiempo de tránsito colónico), etc.

Entre estos, su médico le puede solicitar que se realice un estudio con marcadores colónicos, siendo el método clínico más frecuentemente utilizado para examinar el tiempo del movimiento colónico. Este simple método mide el movimiento de sustancias que entran y salen del colon. El tiempo requerido para excretar estas sustancias se denomina tránsito colónico.

Cuando el estudio con marcadores colónicos fue originalmente desarrollado, una sustancia inerte, que no se rompía dentro del

colónico era medido por la duración de tiempo en la que se eliminaba por completo la sustancia inerte.

Actualmente, los estudios con marcadores son más sofisticados. Para realizar un estudio con marcadores se ingiere por la boca una cápsula que contiene un número de pequeños anillos (usualmente 24). Estos anillos han sido especialmente diseñados para que sean visibles claramente en una radiografía de abdomen (radio-opacos). Luego de la ingesta, la cápsula se disuelve y los anillos son liberados dentro del intestino delgado y colon. Luego de 12 horas, usualmente, los anillos están todos presentes en el colon.

Cuando se obtiene una radiografía a las 24 horas o más, se puede contar el número de anillos (marcadores radiopacos) presentes en el colon. La mayoría de los clínicos toman una placa al 3° y al 5° día después de la ingesta de la cápsula. De manera alternativa, las placas pueden ser tomadas diariamente hasta que todos los anillos hayan sido eliminados. Basado en estudios de sujetos no constipados, al 5° día, la presencia de menos del 20% de los marcadores ingeridos, sugiere un tránsito colónico normal. Si se encuentra más del 20% de los anillos en la placa del 5° día, estamos ante la presencia de un tránsito lento.

Es muy importante evitar los laxantes por aproximadamente una semana, antes y durante el estudio. Su uso puede alterar el resultado del estudio acelerando el movimiento de los anillos radiopacos en el colon.

También ha sido investigado el rol de la fibra en el tránsito del colon. Los investigadores de la clínica Mayo han recomendado que **10 gr** de suplemento de fibra, deben ser ingeridos diariamente durante la realización del estudio de tránsito colónico con marcadores.

Para una persona con constipación, conocer que su tránsito es normal, puede tranquilizarla.

Si descartamos enfermedades o condiciones médicas y medicamentos como causa de la constipación, pueden ayudar tratamientos tales como el incremento en la ingesta de agua y fibras, seguido de un programa de reentrenamiento del hábito

Si la causa es una disfunción anorrectal, el tratamiento con Biofeedback (Biorretroalimentación) puede ayudar a re-entrenar los músculos para facilitar la evacuación del contenido intestinal y mejorar los síntomas.

Que se debería hacer si el tiempo de tránsito colónico es anormal al 5º día?

Una variedad de causas pueden resultar en el desarrollo de un tiempo lento de tránsito, debiéndose descartar enfermedades del colon, otras enfermedades médicas, o causas farmacológicas.

Adicionalmente, es útil determinar si hay un desorden de la defecación que involucre los músculos del piso pélvico o existe alguna anomalía en la región anorrectal.

CONSTIPACION FUNCIONAL Y SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

Los factores que pueden causar o exacerbar la constipación (estreñimiento) incluyen: pobre estado de salud general, uso de ciertos medicamentos, abuso de laxantes, depresión o estrés psicológico, dieta baja en fibras, o ciertas enfermedades médicas.

La constipación funcional es diagnosticada por la presencia de síntomas de constipación en ausencia de causas conocidas. Los criterios diagnósticos de Roma definen a la constipación funcional como la presencia de dos o más de los siguientes síntomas, que ocurren por lo menos 12 semanas no necesariamente continuas durante los 12 meses anteriores.

1) Debe incluir 2 o más de los siguientes:

- 1. Esfuerzo evacuatorio**
- 2. Heces duras**
- 3. Sensación de evacuación incompleta**
- 4. Maniobras digitales para facilitar la defecación**
- 5. Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal**
- 6. Menos de 3 evacuaciones por semana**

(Del 1 al 5, deben ocurrir al menos el 25% del tiempo cuando evacúa).

Es importante que se excluyan otros desordenes médicos y síntomas compatibles con criterios para síndrome de intestino irritable (SII) u otros desordenes gastrointestinales funcionales. Los criterios de diagnóstico para el síndrome de intestino irritable son:

Malestar o dolor abdominal que son acompañados por lo menos de dos de las siguientes características:

- Mejora con la evacuación intestinal**
- Inicio que se asocia a un cambio en la frecuencia evacuatoria, y/o**
- Inicio que se asocia a un cambio en la forma (aspecto) de materia fecal.**

Para algunas personas el SII está sub-categorizado como predominio de constipación, caracterizado por un patrón de síntomas que incluyen uno o más de los siguientes:

- Esfuerzo evacuatorio,**
- Heces duras,**
- y/o Movimientos intestinales infrecuentes.**

En otras personas, el SII puede alternar entre constipación y diarrea. El patrón del síntoma puede entonces incluir ocasionalmente la ocurrencia de uno o más episodios de deposiciones de materia fecal blanda o acuosa, urgencia evacuatoria, y/o más de 3 evacuaciones al día.

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN AFECTAR LA FUNCION COLONICA

La constipación puede ser causada por una variedad de medicamentos. Estos medicamentos afectan la actividad nerviosa y muscular del intestino grueso (colon) y pueden también afectar la secreción de líquido intestinal. Esto puede dar lugar a un tránsito colónico lento (paso lento y/o difícil de la materia fecal).

Lea el envase y el prospecto de los medicamentos que va a tomar, para determinar si alguno de ellos tiene algún efecto secundario potencial de constipación. También, divulgue todas los medicamentos que usted está tomando (bajo prescripción o de venta libre), las vitaminas, los suplementos, y los remedios herbarios a su doctor, al buscar atención médica para su constipación.

Recuerde que muchos suplementos dietéticos fácilmente disponibles; o los remedios herbarios, no requieren en sus etiquetas informar sobre los posibles efectos secundarios potenciales.

No descontinúe el uso de ningún medicamento prescrita sin primero consultar a su doctor.

Si la única anomalía encontrada luego de la evaluación realizada es el tiempo lento de tránsito, hacemos el diagnóstico de Inercia Colónica.

Inercia Colónica Idopática

La inercia colónica idiopática es un desorden que afecta más comúnmente a las mujeres. Comienza generalmente en la juventud (entre los 20 a 30 años). Esta condición puede resultar en una severa constipación refractaria.

Por lo tanto, no es infrecuente que los individuos con inercia colónica comiencen a usar como tratamiento laxantes estimulantes (los cuales actúan en el intestino estimulando un aumento en la actividad propulsiva).

La mayoría, aunque no todos los médicos, creen que el uso de laxantes estimulantes por largos períodos (crónicamente) puede básicamente, resultar en un daño adicional a los nervios y músculos del colon, pudiendo eventualmente desarrollar un "colon catártico" o Melanosis Coli, (una condición donde el colon falla en su función propulsiva porque esta ha sido dañada por los laxantes). El uso excesivo de laxantes estimulantes puede desencadenar un empeoramiento de la constipación y posible daño del colon.

Por ejemplo, nuestro grupo recientemente demostró que el 40% de los que utilizaron laxantes estimulantes crónicamente, desarrollaron colon catártico al ser valorados mediante enemas de bario o colon por enema. Es importante tanto para pacientes como para médicos reconocer este tipo de uso crónico de laxantes e intentar utilizar otras medidas, tales como, un adecuado consumo de agua, dieta rica en fibras y si es necesario suplementos de fibras para tratar la constipación.

Medicamentos

Cuando los cambios en la dieta fallan en lograr la mejoría, los medicamentos son el paso siguiente. Además de los laxantes tradicionales, nuevos medicamentos existen para la constipación tales como el tegaserod y el lubiprostone. Si estos medicamentos están disponibles en su país bajo prescripción o sin la necesidad de esta, es aconsejable primero consultar con su médico antes del uso de los mismos a largo plazo.

El IFFGD es una organización de educación e investigación sin fines de lucro. Nuestra misión es informar, asistir, y apoyar a la gente afectada por desordenes gastrointestinales. Para más información, o permiso para reimprimir este artículo, escriba a IFFGD, PO BOX 170864, Milwaukee, WI 53217. Visite nuestros Web site en: www.iffgd.org y www.aboutconstipation.org. Si quiere ponerse en contacto con IFFGD, es posible que necesite la ayuda de un intérprete o algún familiar o amigo bilingüe.

Traducido al Español por:
Dra Laura Solé y Dr. José Tawil.
Gedyt SA
(Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica)
Beruti 2347 PB
CABA, Bs As, Argentina

Revisión Técnica:
Max J. Schmulson W., MD
Profesor Titular de Medicina,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Departamento de Medicina Experimental.
Hospital General de México.
Dr. Balmis #148
Col. Doctores C.P.06726
México D.F.-México
Tel: 52-5556232673
Fax: 52-5556232669