

Estreñimiento en ancianos

Definición: existe controversia en cuanto a la definición de estreñimiento. Los médicos consideran estreñido aquel paciente que evacua menos de 3 veces a la semana. Los pacientes definen el estreñimiento como la presencia de heces duras, sensación de evacuación incompleta e incapacidad para evacuar a pesar de la presencia de movimientos intestinales. Los criterios de Roma III utilizan criterios objetivos (frecuencia, maniobras manuales para defecar) y criterios subjetivos (heces finas, sensación de evacuación incompleta, sensación de obstrucción anorectal, etc.).

Prevalencia: varía de acuerdo a la definición utilizada pero se ubica en promedio en 15%, sin embargo en la población anciana este porcentaje es mayor (hasta de un 50%) dependiendo de otros factores que incluyen el sexo femenino, medicamentos, falta de actividad física, nivel educacional, etc.

Disfunción del piso pélvico: la anatomía funcional del piso pélvico está representada por el diafragma pélvico (músculo coxígeo y elevador del ano) y los nervios pudendos. Si existe un normal funcionamiento de esta estructura neuromuscular no se produce estreñimiento. A pesar de que la prevalencia de disfunción no se conoce, algunos estudios demuestran que puede llegar hasta el 50% en centros de atención terciaria. Esta disfunción es más frecuente en pacientes con antecedentes de cirugía ano rectal y otros traumatismos del piso pélvico. También puede manifestarse con alteraciones de la función urinaria y sexual. Se puede llamar también enfermedad funcional de la defecación que se caracteriza por contracciones paradójicas o relajación inadecuada de los músculos del piso pélvico o alteración de las fuerzas propulsoras de la defecación.

Etiología:

- Causas más comunes: tránsito intestinal lento, disfunción del piso pélvico. Probable asociación: enfermedad diverticular, colitis isquémica.
- Envejecimiento: alteración de las propiedades mecánicas (compliance y pérdida de plasticidad), alteraciones estructurales (diverticulosis) y alteraciones en el control del piso pélvico. Algunos hablan de las 10 D como causa de estreñimiento en ancianos: Medicamentos (efectos colaterales); Disfunción defecatoria; enfermedades degenerativas; disminución de la ingesta dietética; demencia; disminución de la motilidad; dependencia de otros para evacuar; falta de privacidad; deshidratación y depresión.
- Sistema nervioso entérico: se produce pérdida de neuronas colonicas y cambios en la morfología del sistema nervioso entérico que produce aumento de las neuronas inhibitorias. Sin embargo estos cambios y los mecanismos implicados son complejos y poco entendidos hasta la fecha.

- **Transito colónico:** varía de acuerdo a la edad y existe una gran variedad de factores que pueden influir en este sentido como enfermedades metabólicas (diabetes, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia renal crónica), desordenes hidroelectrolíticos (hipercalcemia, hipocalemia, hipermagnesemia), enfermedades neurológicas (Enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple, neuropatía autonómica, lesiones de columna vertebral y demencia), enfermedades miopáticas (escleroderma, amiloidosis) y medicamentos (analgésicos, anti colinérgicos, bloqueantes de los canales de calcio, antidepresivos tricíclicos, antiácidos, suplementos de calcio, hierro, antihistamínicos, diuréticos, anticonvulsivantes y anti psicóticos). El transito colónico lento idiopático o primario y alteraciones anatómicas como el megacolon son poco frecuentes.
- **Función del piso pélvico:** el defecar de manera normal está acompañado de una serie de movimientos coordinados a nivel del piso pélvico y del esfínter anal. Anormalidades a este nivel llevan a estreñimiento crónico. Con la edad se producen varias alteraciones a este nivel que contribuyen a la presencia de estreñimiento, todo esto se engloba en el término de disfunción del piso pélvico. Pueden existir otro tipo de alteraciones anatómicas que condicionan estreñimiento y que deben tenerse en cuenta.
- **Factores psicológicos:** stress, abuso sexual o físico se asocian a estreñimiento crónico. Los ancianos presentan baja ingesta, dependencia de otros lo que influye a este tipo de enfermedad. Se produce pérdida de sensibilidad al reflejo evacuatorio lo cual altera significativamente la calidad de vida de los ancianos.

Manifestaciones clínicas: son variables y van desde sensación de evacuación incompleta hasta maniobras manuales para facilitar la evacuación que pueden sugerir disfunción del piso pélvico. Otros incluyen la disfunción urinaria o sexual, cirugía previa de pelvis o rectal, historia de fisuras anales, prolapso y antecedentes de partos vía vaginal. Otros síntomas pueden ser sugestivos de transito colónico lento como la ausencia de deseo de evacuar o poca frecuencia evacuatoria. No olvidar la impactación fecal que puede producir ulceraciones y sangramiento. El estreñimiento puede disminuir el vaciamiento gástrico y el transito del colon derecho lo cual produce aumento de la sensación de dispepsia, cólicos, gases, flatulencia, náuseas, vómitos y acidez.

Diagnóstico: es fundamental determinar lo que el término estreñimiento significa para cada paciente. Aquellos pacientes con síntomas persistentes, exámenes normales y poca respuesta al tratamiento inicial deben ser referidos al gastroenterólogo. Es importante obtener una historia clínica detallada de cada paciente. Se debe realizar tacto rectal para determinar si existe tumoraciones, estenosis o estrechez, fisuras o impactación fecal. Laboratorio completo que rara vez orienta hacia la causa definitiva del estreñimiento. Estudios diagnósticos se indican en pacientes con signos de alarma que incluyen hemorragia digestiva, cambios en el hábito intestinal y pérdida de peso. El transito colónico

es un estudio sencillo que utiliza marcadores radio opacos. La retención de los marcadores a nivel proximal sugiere disfunción colónica mientras que la retención en el lado izquierdo sugiere desorden defecatorio. Estudios escintigraficos pueden ser utilizados en caso de contraindicación para estudios radiológicos. Se pueden utilizar otros estudios como la manometría con expulsión de balón para estudiar la función del piso pélvico.

Tratamiento:

El tratamiento depende de la causa que produce el estreñimiento, recordar las 10 D. Como regla los pacientes que no responden a la fibra deben recibir tratamiento con laxantes osmóticos (sales de magnesio, lactulosa, polietilenglicol, sorbitol) con dosis de acuerdo a la respuesta clínica. Los laxantes estimulantes como el sen y el bisacodyl se reservan a pacientes que no responden a terapia convencional. Siempre hay que recordar la disfunción del piso pélvico cuyo tratamiento es diferente (biofeedback). La cirugía rara vez se indica en estos pacientes y como condición previa debe descartarse la disfunción del piso pélvico. No existe un tratamiento único sino este debe ser individualizado. Se debe aumentar la ingesta de fibra de 15 a 25 gramos/día asociado a laxantes. Es necesario por supuesto aumentar la ingesta de líquidos de manera que se obtengan heces blandas. La ingesta de fibra debe hacerse de manera progresiva para evitar efectos colaterales como gases y distensión abdominal. Los pacientes con alteraciones en el tránsito colónico responden poco a la fibra. El uso de supositorios debe ser individualizado y no se utiliza de forma rutinaria. Los procinéticos no se utilizan por sus efectos colaterales que incluyen alteraciones cardiovasculares como el Cisapride que fue retirado del mercado. La metoclopramida y la eritromicina no tienen utilidad en el tratamiento del estreñimiento, igual ocurre con el Tegaserod cuyo uso en pacientes mayores de 65 años no se recomienda debido a sus efectos cardiovasculares. La terapia de biofeedback es la más efectiva en pacientes con disfunción del piso pélvico y por supuesto no tiene efectos colaterales. La cirugía se indica en pacientes refractarios a tratamiento siempre y cuando se descarte la disfunción del piso pélvico. Por supuesto se asocia a complicaciones como la diarrea, incontinencia y cuadros obstructivos.

La actividad física y el aumento en la ingesta de agua no mejoran el estreñimiento en todos los pacientes ya que es una enfermedad multifactorial. A pesar de que el aceite, la colchicina y el misoprostol mejoran el estreñimiento estos medicamentos no deben ser utilizados por sus efectos colaterales. Existen otras técnicas en fase de experimentación como la estimulación de los nervios sacros, inyección de toxina botulínica, manipulación de la flora bacteriana que podrían ser utilizadas en el futuro.

Fuente: Chronic constipation in the elderly. Bouras and Tangalos. Gastroenterol Clin N Am 38(2009):463-480.

Dr. Ivan David Rivas Rodriguez.

Internista. Gastroenterólogo.

Contacto: www.gastromerida.com