

Actualización en Estreñimiento

Dr. José M. Masi Sienna

Medico Gastroenterólogo.
Director del Centro Enfermedades Digestivas
Staff del Centro Endoscopia.Sanatorio San Roque. Asunción. Paraguay



Resumen: El estreñimiento crónico es un motivo de consulta frecuente, particularmente en mujeres. Dos fisiopatologías diferentes, a menudo interrelacionadas, se encuentran en su origen: los trastornos del tránsito y los trastornos de la evacuación.

En el presente artículo se realiza una actualización del diagnóstico y la terapéutica del estreñimiento, promoviendo un abordaje estratégico gradual con medidas higiénico-dietéticas complementadas con tratamiento farmacológico.

Palabras clave: estreñimiento, causas, evaluación clínica, tratamiento.

Abstract: Chronic constipation is a common complaint, especially among women. Two different pathophysiology, often interrelated, are in their origin: transit disorders and disorders of evacuation.

In this paper, an update of diagnosis and treatment of constipation is made, promoting a gradual strategic approach with hygienic-dietetic measures supplemented with pharmacological treatment.

Keywords: constipation, causes, clinical evaluation, treatment.

Introducción

El estreñimiento crónico (*o constipación*) es un motivo de consulta que, en la mayoría de los casos, provoca molestias pero que no amenaza la vida ni debilita al individuo. Habitualmente puede ser manejado a nivel de atención primaria con control costo-efectivo de los síntomas. Sin embargo, en algunos grupos de pacientes, como los añosos, el estreñimiento constituye un problema sanitario importante.

Hay dos fisiopatologías que en principio difieren pero que se superponen en el origen del estreñimiento crónico: los *trastornos del tránsito* y los *trastornos de la evacuación*, que a su vez pueden ser causa una de la otra.

Definición y patogenia

El estreñimiento es un síntoma no una enfermedad, el médico debe buscar sus causas.

Se define el estreñimiento como la presencia de *menos de 3 deposiciones por semana*. Se caracteriza por *evacuaciones infrecuentes*, expulsión de *heces duras y escibalos*; *esfuerzos y sensación de evacuaciones incompletas*; puede requerir además posturas especiales y maniobras digitales para lograr la defecación.

Patogenia y factores de riesgo

El estreñimiento *funcional* puede tener diferentes causas, yendo desde *cambios en la dieta, actividad física o estilo de vida*, hasta disfunciones motoras primarias producidas por miopatía o neuropatía colónica.

El estreñimiento también puede ser secundario a un trastorno de evacuación. El trastorno de evacuación puede además asociarse a una contracción paradójica o espasmo involuntario del esfínter anal, lo que puede responder a un trastorno adquirido del comportamiento defecatorio, que se ve en dos tercios de los pacientes.

Fisiopatología del estreñimiento funcional

Subtipo fisiopatológico	Característica principal, en ausencia de síntomas de alarma o causas secundarias
1. Estreñimiento por tránsito lento (CTL) • Inercia colónica. • Hiperreactividad colónica.	Tránsito lento de las heces por el colon por: • Disminución de la actividad colónica. • Descoordinación de la actividad colónica.
2. Trastorno de la evacuación.	El tránsito colónico puede ser normal o prolongado pero hay una evacuación inadecuada o difícil de las heces del recto
3. Síndrome de intestino irritable (SII) con predominio del estreñimiento.	• Dolor abdominal, distensión, hábito intestinal alterado. • Puede aparecer en combinación con 1 o 2.

Tabla 1

E-mail: jmasi@pla.net.py

Posibles causas y condiciones asociadas al estreñimiento

Obstrucción mecánica

- Tumor colorrectal
- Diverticulosis
- Estenosis
- Compresión externa por tumor u otra causa
- Gran rectocele
- Megacolon
- Anomalías post-quirúrgicas
- Fisura anal

Trastornos neurológicos/neuropatía

- Neuropatía autonómica
- Enfermedad cerebrovascular
- Deterioro cognitivo/demencia
- Depresión
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Patología raquídea

Condiciones endocrinas/metabólicas

- Insuficiencia renal crónica
- Deshidratación
- Diabetes mellitus
- Intoxicación por metales pesados
- Hipercalcemia
- Hipermagnesemia
- Hiperparatiroidismo
- Hipopotasemia
- Hipomagnesemia
- Hipotiroidismo
- Neoplasia endócrina múltiple II
- Porfiria
- Uremia

Trastornos gastrointestinales y afecciones locales dolorosas

- Síndrome de intestino irritable
- Abscesos
- Fisura anal
- Fístula
- Hemorroides
- Síndrome del elevador del ano
- Megacolon
- Proctalgia fugaz
- Prolapso rectal
- Rectocele
- Vólvulo

Miopatía

- Amiloidosis
- Dermatomiositis
- Escleroderma
- Esclerosis sistémica

Dietéticos

- Dietas
- Depleción de líquidos
- Poca fibra
- Anorexia (demencia, depresión)

Misceláneos

- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad articular degenerativa
- Inmovilidad

Tabla 2

Como factores protectores se señalan el ejercicio físico y la dieta rica en fibras.

Otros factores aumentan el riesgo de estreñimiento (la asociación puede no ser causal):

- Envejecimiento (aunque el estreñimiento no es una consecuencia fisiológica del envejecimiento normal)
- Sexo femenino
- Depresión
- Inactividad física
- Baja ingesta calórica
- Bajos ingresos y bajo nivel educativo
- Cantidad de medicación que recibe (independientemente de los perfiles de efectos adversos)
- Abuso físico y sexual (Ver Tabla 1, 2 y 3)

Diagnóstico

El estreñimiento es una afección común, si bien los individuos que consultan constituyen sólo una minoría. En Estados Unidos la afección es responsable de varios millones de consultas médicas por año, mientras que en el Reino Unido en 2006 los médicos generales emitieron más de 13 millones de recetas para laxantes.

La ayuda de un especialista gastroenterólogo debería concentrarse en aplicar los recursos sanitarios de manera eficiente, identificando a aquellos pacientes que tienen probabilidades de beneficiarse de evaluaciones diagnósticas y tratamientos especializados.

Criterios diagnósticos para el estreñimiento funcional

Un panel de expertos internacionales elaboró criterios uniformes para el diagnóstico de estreñimiento, los criterios de Roma III. (Ver Tabla 4)

La historia médica y el examen físico en los pacientes con estreñimiento deberían enfocarse hacia la identificación de las posibles condiciones causales y síntomas de alarma.

Medicamentos que se asocian con estreñimiento

Medicamentos de receta

- Antidepresivos
- Antiepilépticos
- Antihistamínicos
- Medicación antiparkinsoniana
- Antipsicóticos
- Antiespasmódicos
- Bloqueadores de los canales de calcio
- Diuréticos
- Inhibidores de la monoamino oxidasa
- Opiáceos
- Simpatomiméticos
- Antidepresivos tricíclicos

Automedicación, medicamentos de venta libre

- Antiácidos (que contengan aluminio, calcio)
- Antidiarreicos
- Suplementos de calcio y de hierro
- Antiinflamatorios no esteroideos

Tabla 3

Criterios de Roma III para estreñimiento funcional

- Criterios generales**
- Presencia durante por lo menos 3 meses durante un período de 6 meses.
 - Por lo menos una de cada cuatro defecaciones cumplen con criterios específicos.
 - Criterios insuficientes para síndrome de intestino irritable (SII).
 - No hay deposiciones, o deposiciones rara vez disminuidas de consistencia.

- Criterios específicos: dos o más presentes**
- Esfuerzo para defecar.
 - Materias fecales grumosas o duras.
 - Sensación de evacuación incompleta.
 - Sensación de bloqueo u obstrucción anorrectal.
 - El individuo recurre a maniobras manuales o digitales para facilitar la defecación.
 - Menos de tres defecaciones por semana.

Tabla 4

- Consistencia de las deposiciones. Esta evaluación es considerada como un mejor indicador del tránsito colónico que la frecuencia de las deposiciones. La Escala de Forma de las Deposiciones de Bristol es una medida diseñada para ayudar a los pacientes a describir la consistencia de las materias fecales.
- Descripción de los síntomas de estreñimiento del paciente; diario de síntomas:
 - Distensión abdominal, dolor, malestar;
 - Naturaleza de las deposiciones;
 - Movimientos intestinales;
 - Esfuerzo defecatorio prolongado/excesivo;
 - Defecación insatisfactoria.
- Uso de laxantes, pasado y actual; frecuencia y dosificación.
- Condiciones actuales, historia médica, cirugía reciente, enfermedad psiquiátrica.

Pruebas fisiológicas para estreñimiento crónico

Prueba	Fortaleza	Debilidad	Comentario
Estudio de tránsito colónico con marcadores radioopacos	Evalúa la presencia de tránsito colónico lento, normal, o rápido; barato y fácilmente disponible	Metodología inconsistente; se ha cuestionado su validez	Útil para clasificar a los pacientes según los subtipos fisiopatológicos
Manometría anorrectal	Identifica trastornos de la evacuación, hiposensibilidad rectal, hipersensibilidad rectal, alteración de la complacencia, enfermedad de Hirschsprung	Falta de normalización	Útil para establecer diagnósticos de enfermedad de Hirschsprung, trastornos de la evacuación, e hiposensibilidad o hipersensibilidad rectal
Prueba de expulsión del balón	Valoración simple y barata a la cabecera del paciente de la capacidad de expulsar heces simuladas; identifica trastornos de la evacuación	Falta de normalización	La prueba de expulsión con un valor normal no excluye disinesia; debería interpretarse junto con los resultados de otros exámenes anorrectales

Reproducido con autorización de Rao SS, *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2009; (19):117-39

Tabla 6

Síntomas o situaciones de alarma

- Cambios en el calibre de las heces.
- Heces hempositivas.
- Anemia ferropénica.
- Síntomas obstructivos.
- Pacientes mayores de 50 años no sometidos a tamizaje previo para cáncer de colon.
- Estreñimiento de reciente instalación.
- Sangrado rectal.
- Prolapso rectal.
- Adelgazamiento.

Exámen recomendado: colonoscopia Tabla 5

- Estilo de vida del paciente, fibra en la dieta e ingesta de líquidos.
- Uso de supositorios o enemas, otras medicaciones (de receta o de venta libre).
- Exámen físico:
 - Tumoración gastrointestinal;
 - Inspección ano-rectal;
 - Impactación fecal;
 - Estenosis, prolapso rectal, rectocele;
 - Actividad paradójica o no relajante del músculo puborrectal;
 - Tumoración rectal.
- De estar indicado: exámenes de sangre—perfil bioquímico hemograma completo, calcio, glucosa, y función tiroidea.

Síntomas de alarma

El **tacto rectal** es un recurso diagnóstico que permite descartar enfermedades orgánicas y disinesia del piso pélvico. (Ver Tabla 5)

Indicaciones para las pruebas de tamizaje

Sólo está indicado realizar estudios de laboratorio, imagenología o endoscopia y pruebas funcionales en los

Categorías de estreñimiento en base a la evaluación clínica

Tipo de estreñimiento	Hallazgos típicos
Estreñimiento de tránsito normal, SII en el que predomina el estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Historia del paciente, nada patológico en el examen o inspección física. • Dolor y distensión. • Sensación de evacuación incompleta.
Estreñimiento por tránsito lento	<ul style="list-style-type: none"> • Tránsito colónico lento. • Función normal del piso pélvico.
Trastorno de la evacuación	<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo defecatorio prolongado/excesivo. • Defecación difícil aún con deposiciones blandas. • El/la paciente aplica presión perineal/vaginal para defecar. • Maniobras manuales para ayudar a la defecación. • Alta presión basal del esfínter (manometría anorrectal).
Estreñimiento idiopático/orgánico/secundario	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos colaterales conocidos de medicamentos. • Medicación que contribuye. • Obstrucción mecánica probada, trastornos metabólicos. • Exámenes de sangre anormales.

Tabla 7

pacientes que presenten estreñimiento crónico severo o síntomas de alarma.

Medición del tránsito

El estudio de retención de marcador de 5 días es un método simple para medir el tránsito colónico. Se ingieren marcadores en una ocasión y 120 horas después se mide lo que queda de los marcadores en una radiografía simple de abdomen.

Varias compañías producen marcadores, pero estos también se pueden hacer de un tubo radiopaco que no implique riesgos para el paciente, cortándolo en pequeños trozos de 2-3 mm de longitud. Se puede colocar un número adecuado de marcadores (20-24) en cápsulas de gelatina para facilitar su ingestión.

Cuando se evalúan los marcadores residuales a las 120 horas, si se constata la persistencia de más del 20% de los marcadores en el colon, significa que el tránsito está retardado.

La acumulación distal de los marcadores puede indicar un *trastorno de la evacuación*, y en los casos típicos de estreñimiento por tránsito lento casi todos los marcadores se mantienen y se observan tanto en el colon derecho como en el izquierdo.

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

**Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com**

Manejo del Estreñimiento

1. Anamnesis del paciente + examen físico.



2. Clasificar el tipo de estreñimiento del paciente - ver Tabla 6 (*Categorías de estreñimiento*).



3. Abordaje médico en casos de estreñimiento de tránsito normal no complicada y sin síntomas de alarma.

- Fibra, leche de magnesia.
- Agregar lactulosa/PEG.
- Agregar bisacodilo/picosulfato de sodio.
- Ajustar la medicación a demanda.



4. En estreñimiento resistente al tratamiento, las investigaciones especializadas a menudo pueden identificar una causa y orientar el tratamiento.

- Pruebas de sangre estándar y evaluación anatómica del colon para descartar causas orgánicas; manejar el estreñimiento subyacente que provoca la patología.
- La mayoría de los pacientes tendrá una evaluación clínica normal o negativa y puede cumplir los criterios para SII de estreñimiento predominante. Estos pacientes probablemente se beneficien del tratamiento con fibras y/o laxantes osmóticos.



5. Si el tratamiento fracasa, continuar con pruebas especializadas (esto tal vez solo aplique al nivel de "recursos amplios").

- Identificar CTL con un estudio de marcador radiopaco.
- Excluir trastornos de evacuación con manometría anorrectal y prueba de expulsión del balón.
- Evaluar defectos anatómicos con defecografía.



6. Tratamiento de CTL con programas de laxantes agresivos.

- Fibra, leche de magnesia, picosulfato de sodio/bisacodilo.
- Prucaloprida, lubiprostona.
- Si no mejora agregar lactulosa/PEG.
- En el estreñimiento refractario, unos pocos pacientes altamente seleccionados pueden beneficiarse de cirugía.

SII: Síndrome de intestino irritable; PEG: polietilenglicol; CTL: estreñimiento por tránsito lento.

Tabla 8

Evaluación clínica

La clasificación del estreñimiento de los pacientes debería ser posible en base a la historia médica, un correcto examen y valoración de laboratorio. (Ver Tabla 7)

Como investigar el estreñimiento severo y refractario al tratamiento:

Recursos:

- Anamnesis y examen físico general.
- Examen ano-rectal.
- Registro de los movimientos intestinales durante una semana.
- Estudio del tránsito usando marcadores radiopacos.
- Prueba de expulsión del balón o defecografía.

Otros recursos para investigar

- Resonancia magnética (RMN), muy útil en estudio del piso pélvico.
- Manometría ano-rectal.
- Electromiografía (EMG) del esfínter.

Tratamiento del estreñimiento

(Ver Tabla 8)

Abordaje graduado

Una vez que se ha estudiado y descartado un estreñimiento orgánico y secundario, la mayoría de los casos pueden ser manejados adecuadamente con un abordaje sintomático.

El *abordaje graduado* del tratamiento implica tres pasos progresivos.

El *primer paso del abordaje graduado* se basa en recomendar cambios en el estilo de vida y la dieta, interrumpiendo o reduciendo medicaciones que producen estreñimiento y administrando suplementos con fibra u otros agentes formadores de volumen. Generalmente se recomienda un aumento gradual de la fibra (ya sea como suplementos estandarizados o incorporada en la dieta) y un aumento de la ingesta de líquidos.

El *segundo paso* en el abordaje graduado es agregar *laxantes osmóticos*. La mejor evidencia es utilizar *polie-*

tilenglicol, pero también existe buena evidencia para la *lactulosa*. Las nuevas drogas *lubiprostone* y *linaclotida* actúan estimulando la secreción ileal, aumentando así el agua fecal. *Prucaloprida* también está aprobada en muchos países y en Europa.

El tercer paso incluye *laxantes estimulantes*, *enemas* y *fármacos proquinéticos*. Se pueden administrar laxantes estimulantes por vía oral o rectal para estimular la actividad motriz colorrectal. Los fármacos *proquinéticos* también buscan aumentar la actividad de propulsión del colon, pero a diferencia de los laxantes estimulantes, que deben tomarse ocasionalmente, estos están diseñados para administrarse a diario.

Dieta y suplementos

La modificación de la dieta en el estreñimiento crónico consiste en agregar fibras y suplementos de líquidos. Para lograr una dieta rica en fibras deben incluirse 25 g/día de fibras, que junto con suplementos de líquidos de hasta 1.5–2.0 L/día pueden mejorar la frecuencia de las deposiciones y disminuir la necesidad de laxantes.

El uso de probióticos, con el objetivo de mejorar la microbiota y motilidad intestinal, reportan buenos resultados. No existen evidencias que las medidas vinculadas a la dieta y al estilo de vida tengan ningún efecto sobre el estreñimiento en los individuos de edad, mientras que los suplementos de fibra y los laxantes osmóticos simples habitualmente constituyen un manejo adecuado para el estreñimiento en estos pacientes.

En los pacientes con dilatación colónica debe evitarse la suplementación con fibras.

Los suplementos con *psilio* y *lactulosa* pueden ser útiles para el tratamiento del estreñimiento crónico.

Los trastornos de evacuación responden mal a los programas de laxantes orales estándar. Si un trastorno de la evacuación interviene de manera considerable en el estreñimiento, debe considerarse biofeedback y entrenamiento de la musculatura pélvica.

Entre los factores críticos para el éxito se encuentran el nivel de motivación del paciente, la frecuencia del programa de entrenamiento y la participación de un psicólogo conductista y un nutricionista.

Tratamiento farmacológico

Si falla el abordaje de la dieta, para promover la función intestinal en los pacientes con estreñimiento crónico se puede utilizar:

- Polietilenglicol, 17 g/día de laxante durante 14 días.
- Lubiprostone, 24 mg una o dos veces por día.

Los agentes proquinéticos, por ejemplo, *prucaloprida* un antagonista de los receptores 5-HT₄, pueden utilizarse en el SII con predominancia del estreñimiento.

Los agentes laxantes sencillos, como leche de magnesia, senna, bisacodilo y los agentes que ablandan las heces pueden ser también una elección razonable para tratar el estreñimiento.

Recientes reportes refieren buenos resultados con *Linaclotide*, fármaco que aumenta la motilidad y secreción de líquidos dentro de la luz intestinal.

Cirugía

Si el tratamiento fracasa una y otra vez en el estreñimiento por tránsito lento, un grupo seleccionado de pacientes bien evaluados e informados pueden beneficiarse de la indicación *excepcional* de una colectomía total con anastomosis ileorrectal.

Dicha indicación de colectomía debe establecerse en un centro terciario especializado y con experiencia. Pueden verse resultados decepcionantes, en los que el paciente puede quedar con incontinencia fecal y estreñimiento recurrente después de la cirugía, especialmente con trastornos de la evacuación.

Son muy pocos los pacientes que se benefician de una colostomía (reversible) para tratar el estreñimiento.

Opciones para el tratamiento del estreñimiento crónico

En Pacientes con estreñimiento crónico sin síntomas de alarma y con poca o ninguna sospecha de un trastorno de la evacuación, los principales síntomas serían deposiciones duras y/o movimientos intestinales infrecuentes.

Niveles de recomendación y evidencia para el tratamiento del estreñimiento

Modalidades de tratamiento usados comúnmente para el estreñimiento	Nivel de recomendación y grado de evidencia	
Agentes de volumen	Psilio	Nivel II, grado B
	Policarbofilo cálcico	Nivel III, grado C
	Salvado	Nivel III, grado C
Laxantes osmóticos	Metilcelulosa	Nivel III, grado C
	Polietilenglicol	Nivel I, grado A
Agentes humedificantes	Lactulosa	Nivel II, grado B
	Diocetil sulfosuccinato	Nivel III, grado C
Laxantes estimulantes	Bisacodilo/picosulfato de sodio	Nivel II, grado B*
	Senna	Nivel III, grado C
Otros	Prucaloprida	Nivel I, grado A*
	Lubiprostone	Nivel I, grado A*
	Terapia de biofeedback para trastornos de la evacuación	Nivel I, grado A
	Linaclotida	Nivel II, grado B*
	Cirugía para inercia colónica severa	Nivel II, grado B

Adaptado de Rao SS, *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2009; (19):177-39.

Tabla 9

Los recursos son:

- a) Asesoramiento nutricional (fibra y líquidos).
- b) Suplementación con fibras, psillium.
- c) Leche de magnesia, (hidróxido de magnesio en una solución acuosa), lactulosa.
- d) Laxantes estimulantes (bisacodilo mejor que senna) de uso transitorio.

Otras opciones de tratamiento:

- a) Polietilenglicol (peg).
- b) Lubiprostone.
- c) Proquinéticos (prucaloprida).
- d) Laxantes estimulantes (bisacodilo o picosulfato de sodio).

Tratamiento de los trastornos de la evacuación

En pacientes con estreñimiento crónico sin síntomas de alarma pero con sospecha de un trastorno de la evacuación, los principales síntomas serán:

- esfuerzo defecatorio prolongado,
- sensación de evacuación incompleta,
- deposiciones finas,

- sensación de bloqueo o
- falla del tratamiento por estreñimiento con materias duras.

Los recursos son:

- a) Asesoramiento nutricional y comportamental (fibra, líquidos, entrenamiento intestinal con horarios).
- b) Terapia para el estreñimiento crónico.
- c) Terapia de biofeedback.
- d) Evaluación quirúrgica. (Ver Tabla 9)

Conclusiones

El desarrollo de una buena historia clínica, examen físico y la administración de recursos diagnósticos, nos puede llevar a una conducta terapéutica adecuada en el manejo del estreñimiento.

Las opciones terapéuticas son múltiples; el uso adecuado y racional de las distintas drogas es el camino del éxito en el estreñimiento.

Recibido: 02/05/14
Aprobado: 15/07/14

Bibliografía Consultada

1. Barish CF, Drossman D, Johanson JF, et al. Efficacy and safety of lubiprostone in patients with chronic constipation. Dig Dis Sci 2010;55:1090-7.
2. Carmona-Sánchez R, Remes-Troche JM, Gómez-Escudero O, et al. Autopercepción, tránsito colónico y características de sujetos que consultan por estreñimiento en México. Rev Gastroenterol Mex 2009;74:187-194.
3. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome process. En: Drossman DA, editor. Rome III The functional bowel disorders, 3rd Ed. USA: Degeon Associates. 2006;pp:1-29.
4. Felt-Bersma RJ, Klinkenberg-Knol EC, Meuwissen SGM. Investigation of anorectal function. Br J Surg 1988;75:53-55.
5. Gerson DE, Lewicki AM, McNeil BJ, et al. The barium enema: evidence for proper utilization. Radiology 1979;130:297-301.
6. Jeffrey M Johnston, Caroline B Kurtz, Douglas A Drossman, Anthony J Lembo, Brenda I Jeglinski, James E MacDougall, Stephen M Antonelli, Mark G Currie. "Pilot Study on the Effect of Linaclotide in Patients With Chronic Constipation", The American Journal of Gastroenterology 104, 125-132 (1 January 2009) | doi:10.1038/ajg.2008.59. Accessed September 15, 2010.
7. Johanson JF, Drossman DA, Panas R, Wahle A, Ueno R. Clinical trial: Phase 2 study of lubiprostone for irritable bowel syndrome with constipation. Aliment Pharmacol Ther 2008;27:685-96.
8. Johanson JF, Gargano MA, Holland PC, et al. Initial and sustained effects of lubiprostone, a chloride channel-2 (ClC-2) activator for the treatment of constipation: data from a 4 week Phase III study Am J Gastroenterol 2005;100:S324-5.
9. Johanson JF, Gargano MA, Holland PC, et al. Long-term efficacy of lubiprostone for the treatment of chronic constipation Gastroenterol 2006;130:A317.
10. Johanson JF, Morton D, Geenen J, Ueno R. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of lubiprostone, a locally-acting type-2 chloride channel activator, in patients with chronic constipation. Am J Gastroenterol 2008;103:170-7.
11. Koebnick C, Wagner I, Leitzmann P, et al. Probiotic beverage containing Lactobacillus caseiShirota improves gastrointestinal symptoms in patients with chronic constipation. Can J Gastroenterol 2003;17:655-9.
12. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. En: Drossman DA, editor. Rome III The functional bowel disorders, 3ra. Ed. USA: Degeon Associates. 2006;pp:487-555.
13. Quigley EM, Vandeplasse L, Kerstens R, Aumja J. Clinical trial: the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation - a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Aliment Pharmacol Ther 2009;29:315-28.
14. Rao SSC. Advances in diagnostic assessment of fecal and dyssynergic-defecation. ClinGastroenterolHepatol 2010;8:910-919.
15. Rao SSC. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. Gastroenterol Clin North Am 2008;37:569-586
16. Rao SSC. Practice guidelines: diagnosis and management of fecal incontinence. Am J Gastroenterol 2004;99:1585-1604.
17. Remes-Troche JM, Carmona-Sánchez R, González-Gutiérrez M, et al. ¿Qué se entiende por estreñimiento? Un estudio en población abierta. Rev Gastroenterol Mex 2009;74:321-328.
18. Schmulson-Wasserman M, Francisconi C, Olden K, et al. Consenso Latinoamericano de Estreñimiento Crónico. Gastroenterol Hepatol 2008;31:59-74.
19. Sepúlveda RR, Pacheco MA, Hernández CA, et al. Determinación del tiempo de tránsito colónico en personas sanas de la Ciudad de México. Estudio prospectivo. Rev Gastroenterol Mex 2005;70:388-392.
20. Wong RK, Palsson OS, Turner MJ, et al. Inability of the Rome III Criteria to distinguish functional constipation from constipation-subtype irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 2010;105:2228-34.

Tratamiento con Lubiprostone en estreñimiento crónico

-Experiencia en Paraguay-

Dr. José Masi, Dr. Ariel Fretes*

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad de Lubiprostone en adultos con estreñimiento crónico. Lubiprostone es un laxante derivado de la prostaglandina E1 que aumenta la secreción de fluidos intestinales y la motilidad intestinal.

Métodos

El estudio se realizó sobre una población de 54 pacientes con estreñimiento crónico, 41 mujeres y 13 hombres, con edades de entre 17 a 72 años.

Los pacientes recibieron Lubiprostone por vía oral en dosis de 24 mcg dos veces al día durante 4 semanas.

El criterio de valoración principal de la eficacia fue el número de movimientos espontáneos del intestino (MIE), después de 1 semana de tratamiento.

Otras evaluaciones incluyeron:

- MIE en las semanas 2,3 y 4;
- Características de la evacuación intestinal (EI) (consistencia y esfuerzo);
- severidad del estreñimiento;
- distensión abdominal;
- sensación de malestar;
- clasificación de la eficacia del tratamiento global y
- evaluaciones de seguridad.

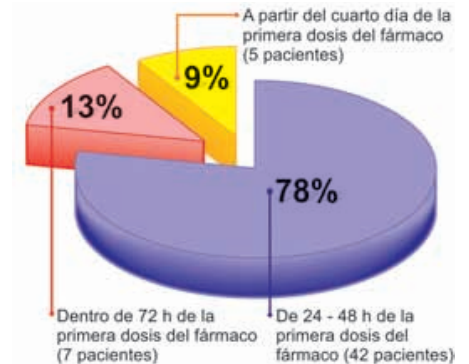
Resultados

Los 54 pacientes tratados con Lubiprostone reportaron un mayor número de movimientos espontáneos intestinales dentro de la semana 1, con una mayor frecuencia de MEI también informada en las semanas 2,3 y 4.

Dentro de las 24 a 48 horas de la primera dosis del fármaco del estudio, el 78% de los que recibieron Lubiprostone (42 pacientes) reportaron MIE. Dentro de las 72 horas un 13 % (7 pacientes)

adicional de los pacientes y un 9% (5 pacientes) a partir del cuarto día.

Dos pacientes requirieron asociar otro tipo de laxantes.



La consistencia de las heces, el grado de esfuerzo, y la severidad del estreñimiento han mejorado de forma significativa con el Lubiprostone. La evaluación de la efectividad del tratamiento informados por los pacientes, fue elevada.

Los acontecimientos adversos más frecuentes relacionados con el tratamiento fueron:

- náuseas (30%) 16 pacientes;
- cefalea (11,7%), 7 pacientes;
- diarrea (15%), 8 pacientes.

Discusión

En el estudio realizado sobre 54 pacientes con estreñimiento crónico, el tratamiento con Lubiprostone produjo una evacuación intestinal en la mayoría de los individuos dentro de las 24-48 horas de la dosis inicial y mejoró la frecuencia, así como otras características asociadas en las evacuaciones con el tratamiento a corto plazo (es decir, 4 semanas).

Siendo, las náuseas el evento adverso más comúnmente reportado.

*Asesor Médico de Dallas SA.