

CONTRIBUCIONES ORIGINALES**Constipación Funcional****Tratamientos Médico y Quirúrgico**

J.E. PADRON, MD., P.E. PABON, MD., N. ROMERO, MD. (†), J.D. PUERTA, MD.

Palabras Claves: Constipación, Obstipación, Fisiología del colon, Defecación, Laxantes, Flatulencia, Dieta, Colectomía.

Se revisaron 882 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de constipación funcional, en el servicio de coloproctología del Hospital Militar Central, durante un periodo de 2 años (de febrero de 1984 a febrero de 1986). Fueron clasificados en dos grupos; en el primero se incluyeron 170 con constipación funcional sin patología colorrectal asociada, de los cuales 159 (94%) recibieron tratamiento médico, y solamente 11 (6%) fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. En 169 pacientes se obtuvieron resultados entre buenos y excelentes, y sólo en 1 de los operados el resultado final fue malo.

El segundo grupo lo integraron 712 enfermos con diferentes entidades patológicas colorrectales benignas o malignas, a las cuales se asociaba la constipación crónica; estos casos no fueron incluidos en el presente trabajo.

Antes de instaurar ningún tratamiento a pacientes con constipación o estreñimiento, debe practicarse un estudio colorrectal completo. Se propone la hemicolectomía izquierda como tratamiento quirúrgico de la constipación funcional pertinaz e incapacitante, conocida con el nombre de obstipación, que no responde al tratamiento médico intenso.

INTRODUCCION

Para el hombre, la familia y el médico ha sido motivo de preocupación el estudio de la evacuación de los productos de desecho del sistema digestivo. Históricamente se sabe que el pueblo egipcio se preocupaba por los hábitos intestinales, y es así como aparece el uso de los enemas para corregir la constipación (17), entendida por algunos autores como la evacuación poco frecuente o difícil de las heces fecales.

El historiador griego Herodoto, es citado en la obra de Henry Bockus por Montague, quien asegura que los egipcios se purgaban durante cada ciclo de la luna. "Creían mantener un estado de salud por el uso de eméticos y lavativas porque, en su creencia, todas las enfermedades tenían por origen una alteración de los alimentos ingeridos".

La vida en comunidad le exige al individuo un patrón de comportamiento que no siempre se ajusta a sus hábitos, y

Doctores, Jorge Enrique Padrón, Especialista de Planta, Pedro Enrique Pabón, Jefe del Servicio, Néstor Romero (q.e.p.d.) Especialista Asociado, Juan Darío Puerta, Cirujano General, Residente II, Servicio de Coloproctología, Escuela Militar de Medicina, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

aquel se ve obligado a modificarlos en relación con las exigencias sociales, con el tipo de actividad cotidiana que desempeña e incluso con las facilidades sanitarias que tenga. Es posible afirmar que la necesidad de defecar puede ser reprimida o satisfecha según las circunstancias vividas por el hombre como miembro de la sociedad. El acto de la defecación lo ejercen algunas personas a diario sin interferir con sus funciones y actividades normales, mientras que otro grupo lo alteran, dando origen al trastorno funcional que estudiaremos como constipación o estreñimiento.

FISIOLOGIA DEL COLON

Son dos las funciones básicas del intestino grueso, a saber: 1. La absorción de líquidos y electrolitos, por parte del colon derecho. 2. Reservorio de las heces propiamente dichas, por parte del colon izquierdo. Es un hecho comprobado bacteriológicamente, la diferencia en el contenido de bacterias entre el colon derecho y el colon izquierdo, correspondiéndole a este último una flora potencialmente más agresiva, aunque en general el colon tiene un contenido de colonias bacterianas rico en gérmenes tanto aerobios como anaerobios, con predominio de los últimos.

Los estudios que se han realizado en el íleon terminal han demostrado que cada 24 horas le llegan a la válvula ileo-cecal unos 500 a 700 c.c. de agua con contenido electrolítico distribuido así: Na, 40-80 mEq.; K, 3-7 mEq.; Bicarbonato, 30-35 mEq., y Cloro, 20-40 mEq. (3, 4, 8, 9).

En las heces que se evacúan durante el día, se encuentra la siguiente composición: contenido de agua, 150-200 c.c.; sodio, 5 mEq.; potasio, 5 a 10 mEq.; Bicarbonato y cloro, 2 mEq. Ello nos indica que el colon normal está absorbiendo 400-500 cc. de agua, 55 mEq. de sodio, 28 mEq. de cloro, y secreta entre 4 a 9 mEq. de potasio.

Por estudios experimentales se ha demostrado que el colon está en capacidad de absorber hasta 8 veces el contenido del íleon terminal, lo que equivaldría a unos 4 litros en las 24 horas.

Las sales biliares conjugadas en un 90% son absorbidas en el íleon terminal; el otro 10% llega al ciego y al colon en donde por acción de las bacterias anaerobias se produce el ácido litocólico insoluble, el cual se excreta con las heces. Otro producto de la acción bacteriana sobre las sales biliares conjugadas es el ácido desoxicólico, el cual es soluble en agua y se absorbe en el ciego o el íleon terminal. Cuando éste falta o se encuentra afectado por alguna patología, los ácidos biliares no conjugados no se absorben, siendo hidroliza-

dos por las bacterias del colon con producción de diarreas que se conocen con el nombre de "enteropatías coleréticas", que se explican por la interferencia en la absorción de agua y electrolitos.

La irritación continua de la mucosa por los ácidos biliares no conjugados, parece tener un efecto carcinogénico sobre el colon, lo que va a favorecer la incidencia de carcinomas en pacientes que han perdido el íleon terminal (9).

Las células de Globet secretan mucopolisacáridos que sirven para lubricar el paso de las heces. El colon produce el 70% del amonio gastro-intestinal a partir de la urea y las bacterias. En las hemorragias del tubo digestivo alto la sangre tiene que pasar por el intestino grueso, y de esa manera se produce una elevación del amonio y la absorción de éste por el colon está relacionada con el pH de la luz intestinal. Esto se ha demostrado por la efectividad de la lactulosa en el tratamiento de las encefalopatías hepáticas, ya que ésta al llegar al colon, por acción de las bacterias, se convierte en ácido, disminuyendo el pH y, de esta manera, la absorción del amonio; de ahí que las colectomías totales tengan indicación en pacientes con encefalopatías secundarias a intoxicación amoniacal. El colon contiene los siguientes gases: nitrógeno, metano, hidrógeno, CO₂ y oxígeno. La expulsión de estos gases en las 24 horas varía entre 250 a 350 cc. El nitrógeno tiene la mayor proporción, el hidrógeno un 20%, y el metano un 7%. La presencia de estos gases en el colon se explica por la acción de las bacterias sobre los restos alimenticios por un lado, y por otro, el aire que se deglute. Lo anterior se comprueba cuando hay una acción antibiótica sobre las bacterias del colon con disminución de la formación de estos gases. Se ha llegado a demostrar su intercambio en el sistema venoso con el oxígeno y el CO₂. El tránsito del intestino grueso está relacionado con la aparición de gases; los pacientes constipados acumulan pocos gases en el colon.

La motilidad del colon se ha investigado con la introducción de catéteres para estudios manométricos (2, 5, 7, 16). Se distinguen básicamente 4 tipos de ondas peristálticas: Onda tipo I. Son contracciones de la muscularis mucosa, con una presión de 10 cms. de agua y una duración de 5 segundos. Ondas tipo II. Llamadas también contracciones de desecación, no son ondas propulsivas y demoran el tránsito permitiendo que el contenido del colon se ponga en contacto con la mucosa para la absorción de agua y electrolitos. Estas ondas son producidas por las fibras circulares y longitudinales de la capa muscular y alcanzan presiones desde 10 hasta 80 cm. de agua. Ondas tipo III. Son las que van a producir un aumento de la presión basal, y son dependientes de la muscularis mucosa y la capa muscular. Ondas tipo IV. Son las que se inician en el lado derecho del colon, con presiones de 100 cms. de agua, con contracciones longitudinales y circulares. Son ondas propulsivas, y a medida que se contrae la parte proximal, la distal se vuelve un tubo rígido para permitir el avance del contenido fecal (9).

El movimiento en masa es el paso rápido del contenido fecal del lado derecho al lado izquierdo, el cual inicia una contracción segmentaria como un esfuerzo para impulsar el paso del contenido fecal hacia el recto. Este movimiento está relacionado con el reflejo gastrocólico, que consiste en la relajación de la válvula ileo-cecal, luego de la entrada del contenido gastroduodenal al yeyuno proximal. El llenado del ciego inicia los movimientos en masa. El reflejo gastrocólico no tiene relación con la acción vagal u hormonal del estómago pues aparece en pacientes vaguectomizados o gastrectomizados.

A pesar de la resistencia del recto a los reflejos en masa y a las contracciones segmentarias del colon izquierdo, el recto se llena y se desencadena el fenómeno de la defecación.

FISIOLOGIA DE LA DEFECACION

La continencia fecal se define como la capacidad que tiene el ser humano y algunos animales entrenados para no evacuar hasta que encuentren el momento y sitio adecuados.

La defecación es un fenómeno que podríamos resumir así: el llenado del recto con materias fecales produce una distensión que va a actuar sobre los receptores de la mucosa, y estos impulsos van por los nervios aferentes a la médula y de ahí se distribuyen hacia la corteza cerebral, las células de las astas ventrales y las conexiones con los nervios autónomos de la pelvis. (1, 4, 7-9). De estos sitios vienen órdenes voluntarias o reflejas que hacen que se produzca el acto de la defecación. Cuando la persona adopta la posición de cuclillas, contrae los músculos abdominales, relaja el esfínter anal externo, cierra la glotis y fija los hemidiafragmas incrementando, además, la actividad de la musculatura propia del recto hasta expulsar el contenido fecal propio. En la continencia es básico el papel de los esfínteres anales, especialmente el externo y el elevador del ano. Hay otros factores que contribuyen a este proceso, como la oposición del rectosigmoide a la entrada de materias fecales y que, según estudios recientes, tiene más función de reservorio que la ampolla rectal. El contenido fecal sólo entra al recto cuando se presenta un movimiento peristáltico masivo despertado por el reflejo gastrocólico.

Las válvulas de Houston se oponen a la entrada masiva de materia fecal a la ampolla. Cuando el recto se llena hay un aumento brusco de la presión que puede durar entre 15 y 20 segundos. La ampolla rectal se relaja para acomodarse a su nuevo contenido sin que se produzca distensión. La angulación producida por el músculo puborrectalis con un ángulo de 90 grados es de tal forma que la presión abdominal empuja la pared rectal anterior sobre el canal anal, manteniéndolo cerrado hasta que se presenta el deseo de la defecación voluntaria (4, 7, 16, 17).

La presión de reposo de los esfínteres, desde luego más alta que la rectal, es de 40-60 cms. de agua.

La relajación del esfínter interno permite que el contenido rectal, ya sea líquido, sólido o gaseoso, llegue hasta una zona llamada de "sensación aguda" que le permite al individuo identificar qué tipo de material va expulsar. Esa sensación rectal se produce por isquemia o elongación. Si ocurre por encima de 15 cms. de la unión mucocutánea, el paciente presenta una sensación de dolor cólico. Si es por debajo de la distancia anotada, se produce en el periné y en la región sacra un deseo intenso de expulsar gases o defecar. Ello es lo que se ha llamado sensación rectal activada por las vías parasimpáticas; para que se presente se necesitan unos 6-8 cms. de mucosa rectal sana. El tránsito ordenado del contenido hasta la ampolla rectal y el mecanismo de la defecación obedecen a una serie de procesos fisiológicos bien conocidos, los cuales pueden ser interferidos por múltiples factores tales como los dietéticos, ambientales, neuromusculares, endocrinos, psicológicos, mecánicos y químicos (9).

Constipación funcional

Los términos estreñimiento, constipación, obstipación, o falta de evacuación, tienen dentro del público, el personal

médico y paramédico, muy diferentes interpretaciones; para algunos, el hecho de expulsar materias fecales duras se califica como constipación, mientras que para otros es definida como evacuaciones cada dos, tres, cuatro o más días. De ahí que surjan dentro de la comunidad diferentes apreciaciones sobre su diagnóstico y tratamiento. El término obstipación se reserva al estreñimiento pertinaz y resistente al tratamiento, lo que conduce a que los pacientes requieran la ayuda de enemas para poder evacuar.

Definido desde el punto de vista médico el término constipación funcional, es la alteración o retraso en el ritmo de las evacuaciones, con la expulsión de materia fecal dura y escasa, acompañadas de pujo o esfuerzo intenso.

El hecho de evacuar una, dos o tres veces por semana no constituye una alteración, siempre y cuando la materia fecal se presente sin esfuerzo, en forma cilíndrica y con su consistencia semi-blanda. Por otro lado, la presentación de materias fecales duras, con esfuerzo y aunque el ritmo de evacuación sea diario, nos hace pensar en un paciente constipado.

Clasificación y factores etiológicos.

La constipación puede ser simple u orgánica, y esta es la llamada constipación funcional, que puede presentarse en forma aguda o crónica (11-14). Se admiten ocho grandes factores etiológicos de constipación, a saber:

Falla en la dieta: a) dieta inadecuada, pobre en residuos, b) baja ingesta de líquidos; c) dieta rica en azúcares y harinas.

Modificaciones en la vida ordinaria: a) cambios de las actividades laborales; b) vacaciones; c) hospitalizaciones.

Desórdenes de la motilidad intestinal: a) síndrome del colon irritable; b) enfermedad diverticular; c) tránsito intestinal lento idiopático; d) megacolon o megarrecto.

Desórdenes psiquiátricos: a) depresión; b) psicosis; c) ansiedad nerviosa.

Trastornos neurológicos: a) aganglionosis; b) defectos de inervación; c) trauma lumbo-sacro; d) esclerosis múltiple; e) neoplasias cerebrales y de la médula espinal; e) enfermedad de Parkinson.

Trastornos endocrinos y metabólicos: a) hipotiroidismo; b) hipercalcemia; c) embarazo; d) diabetes mellitus; e) deshidratación; f) hipokalemia; g) uremia; h) hipopituitarismo; i) feocromocitoma; j) porfirias.

Trastornos específicos del colon, recto y ano: a) neoplasias; b) obstrucciones del colon por vólvulos, hernias, invaginaciones; c) inflamaciones específicas e inespecíficas; e) estrecheces anastomóticas; e) patología anal; fisuras, hemorroides, estenosis, fístulas y abscesos; f) prociencia rectal; g) síndrome del perineo descendente.

Causas Iatrogénicas: a) medicaciones específicas: codeína, antidepresivos, drogas psicoactivas, hierro, anticolinérgicos; b) posición inadecuada para la defecación; c) abuso del uso de laxantes, catárticos y lavados intestinales con enemas.

Investigación del paciente constipado: No debe iniciarse ningún tipo de terapia a un paciente con historia de constipación aguda o crónica antes de completar su estudio sobre seis puntos básicos a saber:

Historia clínica. Teniendo en cuenta la edad, sexo, antecedentes médicos y quirúrgicos, se investigará con mucha atención el hábito intestinal y dietético, el uso y abuso de laxantes y enemas; además, las características de las evacuaciones y sus síntomas acompañantes.

Examen físico. Se hará completo y cuidadoso, destacando el examen colo-proctológico: inspección, tacto rectal, anoscopia, rectosigmoidoscopia rígida y flexible, y colonoscopia cuando esté indicada.

Rx de colon, con doble contraste. Complementa los estudios clínicos y endoscópicos, y se indican fundamentalmente en todo paciente mayor de 40 años, y en los jóvenes con constipación incapacitante o en quienes la historia y el examen físico lo justifiquen.

Biopsia rectal. Esta indicada en todos los pacientes sospechosos de patología neurológica, considerando aganglionosis del colon.

Estudios manométricos y electromiográficos. Se reservan para los pacientes con secuelas de lesiones traumáticas y trastornos neurológicos.

Los laxantes. Cabe destacar dos aspectos; el primero, es el uso crónico de los laxantes que crea adicción, empeora los cuadros de constipación, y lleva a lo que se conoce como "colon catártico". El segundo, hace relación al factor económico; una investigación de mercado en los Estados Unidos, informó un gasto anual de 200 millones de dólares, cifra muy alta que nos da idea sobre el abuso en la administración de estos medicamentos.

Puede observarse cómo en nuestro medio este abuso de los laxantes también se comete por automedicación y por el uso indiscriminado de su formulación por médicos y paramédicos.

Se podría afirmar que los laxantes están formalmente contraindicados para el tratamiento racional de la constipación, y su uso se indica generalmente para las preparaciones gastrointestinales radiológicas, endoscópicas o para procedimientos quirúrgicos (7).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Análisis general de los pacientes con diagnóstico de constipación que acuden o son remitidos a la consulta del servicio de Proctología del Hospital Militar Central.
2. Análisis de las patologías colo-recto-anales a las que se asocia la constipación.
3. Análisis de los criterios diagnósticos en el paciente constipado.
4. Análisis y resultados del tratamiento médico en los pacientes constipados, en general.
5. Análisis y resultados del tratamiento quirúrgico en los pacientes constipados atendidos en el Hospital Militar.
6. Establecer un protocolo de estudio, diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con constipación funcional, para ser adoptado en el Servicio de coloproctología.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron prospectivamente en la consulta externa del Servicio de Proctología del Hospital Militar Central, duran-

te un período de dos años, del 1 de febrero de 1984 al 30 de enero de 1986, todos los pacientes con diagnóstico de constipación funcional, con o sin patologías asociadas de colon, recto y ano, que alcanzan un total de 882 enfermos, estableciendo dos grupos de trabajo:

Grupo I: Lo conforman 170 pacientes con el único diagnóstico de constipación funcional (Tablas 1 y 2).

Grupo II: Lo conforman 712 pacientes con diversas patologías de colon, recto y ano, asociadas con constipación intestinal (Tabla 3).

El primer grupo de pacientes fue estudiado teniendo en cuenta 5 criterios clínicos (Tabla 4), que fueron tomados como pautas para el diagnóstico de constipación, a saber:

1. Frecuencia de las deposiciones.
2. Presencia o no de materias fecales duras.
3. Dolor abdominal concomitante.
4. Presencia o no de flatulencia.
5. Esfuerzo o no al defecar.

Asimismo, se evaluó en este grupo de pacientes el tipo de alimentación e ingesta de líquidos y uso de laxantes, haciendo una cuidadosa investigación sobre el aporte de carbohidratos y de alimentos ricos en residuos. La ingestión de 5 o más vasos de agua al día se consideró alta, y una cifra menor a 5, como baja, excluyéndose de este cálculo los jugos azucarados y las gaseosas. Se analizó este grupo de enfermos por edad y sexo (Tablas 1, 2). A todos los pacientes con diagnóstico de constipación funcional se les solicitó Rx de colon por enema de doble contraste, con el objeto de establecer la asociación de dolico colon, dolicosigmoide y la normalidad anatómica del mismo (Tabla 6). También se evaluaron en este grupo los resultados del tratamiento médico y quirúrgico, teniendo en cuenta la presencia o no de los síntomas que fueron tomados como criterios de diagnóstico y de seguimiento; estas evaluaciones se efectuaron al primero, tercero, sexto y duodécimo meses (Tablas 7, 8 y 9), con los siguientes criterios:

Excelentes: Los pacientes que no presentaron materia fecal dura ni esfuerzo al defecar, con regularidad en la frecuencia de las evacuaciones.

Buenos: Los que no presentaron materia fecal dura ni esfuerzo al defecar pero sí alteración en el ritmo de las evacuaciones.

Regulares o malos: Los que persistieron con los síntomas y signos previos al tratamiento.

Sin control: Los que no asistieron a la consulta.

El tratamiento médico básicamente consistió en: 1. Dieta rica en residuos. 2. Ingesta de 1 a 2 litros de agua al día. 3. Incorporación del salvado de trigo a la dieta diaria. 4. El uso del Mucílago Hidrófilo de Psyllium una o dos veces al día. 4. Instrucción al paciente sobre lo que es la constipación funcional. 5. Insistir en la supresión del uso indiscriminado y por automedicación de los laxantes. Los pacientes que después de un año de tratamiento médico no tuvieron una buena respuesta pasaron a ser candidatos al tratamiento quirúrgico. Se sometieron, además, a este último los pacientes que ingresaron a nuestro estudio con antecedentes de haber recibido durante el año anterior un tratamiento médico intensivo y que presentaban anomalías a los Rx del colon, tales como dolico colon y dolicosigmoide. Para estos pacientes el tratamiento quirúrgico consistió en practicar una hemicolectomía izquierda con resección amplia del meso, en 9 ca-

Tabla 1. Distribución por edades.

Grupos por edades	Núm. de casos	Porcentajes
13-25 años	28	16.4%
26-45 años	76	44.7%
46-65 años	60	35.3%
66-85 años	6	3.6%
Total pacientes	170	100.0%

Tabla 2. Distribución por sexos.

Sexo	Núm. de casos	Porcentaje
Masculino	50	20.4%
Femenino	120	70.6%
Total:	170	100.0%

Tabla 3. Patologías de colon, recto y ano a las que se asocia la constipación.

Entidad patológica	Total	Porcentaje Constipados	Sexo		Tratamiento Médico	Tratamiento Quirúrgico
			M	F		
Enfermedad Hemorroidal	367	220 (60.0%)	212	155	257	110
Fisura Anal	43	34 (80.0%)	20	23	21	22
Fístula peri-anal	20	9 (45.0%)	15	5	3	17
Sub-total anorrectal	430	263 (61.0%)	247	183	281	149
Colon espástico	56	28 (50.0%)	16	40	56	—
Colitis amibiana	134	20 (15.0%)	54	80	134	—
Cáncer de colon:	20	17 (85.0%)	11	9	—	20
Cáncer de recto:	7	4 (70.0%)	5	2	—	7
Enfermedad diverticular	63	52 (83.0%)	32	31	53	14
Melanosis del colon	1	1 (100.0%)	—	1	—	1
Lipoma submucoso del colon	1	1 (100.0%)	—	1	—	1
Sub-total colorrectal	282	123 (43.0%)	118	164	244	42
Total	712	386 (54.0%)	365	347	525	191

Tabla 4. Criterios clínicos para el diagnóstico de constipación funcional.

1. Frecuencia (en días) de las deposiciones		
Cada 1-2-3	120 pacientes	(70.6%)
Cada 4-5-6	30 pacientes	(17.6%)
Cada 7-8-9	20 pacientes	(11.8%)
2. Presencia o no de materias fecales duras y escasas		
Si	100 pacientes	(58.8%)
No	48 pacientes	(28.3%)
Dudosos	22 pacientes	(12.9%)
3. Esfuerzo o no al defecar		
Si	140 pacientes	(83.4%)
No	30 pacientes	(17.6%)
4. Dolor abdominal		
Si	70 pacientes	(41.2%)
No	100 pacientes	(58.8%)
5. Flatulencia		
Si	130 pacientes	(76.4%)
No	40 pacientes	(23.6%)

Tabla 5. Tipos de alimentación, líquidos ingeridos y uso de laxantes.

1. Ingesta líquida		
Alta	50 pacientes	(29.42%)
Baja	120 pacientes	(70.58%)
2. Ingesta de carbohidratos y azúcares		
Alta	140 pacientes	(82.35%)
Baja	30 pacientes	(17.65%)
3. Ingesta de alimentos ricos en residuos		
Alta	74 pacientes	(43.53%)
Baja	96 pacientes	(56.47%)
4. Uso de laxantes		
Alto	115 pacientes	(67.6%)
Bajo	55 pacientes	(32.4%)

sos, con anastomosis término-terminal del transversal a la unión rectosigmoidea; a un paciente se le practicó sigmoidectomía. Ninguno de los pacientes de este grupo requirió estudios complementarios por otras patologías que hicieran sospechar su relación con la constipación, incluidas la psicológica y la psiquiátrica.

El segundo grupo de pacientes lo constituyen aquellos con patología colorrectoanal, a la que se asocia la constipación. (Tabla 3). Se evaluó en forma específica su patología según los protocolos del servicio, recibiendo el tratamiento adecuado para cada caso, además del tratamiento médico de la constipación. Este grupo será el tema para un próximo estudio retrospectivo y prospectivo en el que se evaluarán los resultados de los tratamientos médicos y quirúrgicos instaurados en los pacientes que lo integran, destacando la asociación de la constipación con cada patología encontrada y enunciada en el presente trabajo.

Tabla 6. Rx de colon con doble contraste.

Imagen radiológica	Núm. de casos	Porcentajes
Constipados, con Rx de colon normales	146	85.9%
Constipados, con Rx con dolico colon	8	4.7%
Constipados, con Rx con dolico sigmoide	16	9.4%
Total	170	100.0%

Tabla 7. Tipo de tratamiento.

Tratamiento	Núm. de casos	Porcentaje
Médico	160	94.0%
Quirúrgico	10	6.0%
Total	170	100.0%

Tabla 8. Resultados del tratamiento médico.

Resultados	Número de pacientes
Excelentes	80 pacientes (50.0%)
Buenos	42 pacientes (26.3%)
Regulares o malos	22 pacientes (13.7%)
Sin control	16 pacientes (10.0%)

Tabla 9. Resultados del tratamiento quirúrgico.

Resultados	Núm. de pacientes
Excelentes	7 pacientes (70.0%)
Buenos	2 pacientes (20.0%)
Malos	1 paciente (10.0%)
Total	10 pacientes (100%)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El primer grupo lo integraron 170 pacientes, con franco predominio del sexo femenino (70.6%) y con la mayor frecuencia en edades entre los 26 y 45 años (44.7%). El porcentaje de Rx de colon normales en este grupo corresponde al 85.9%, y el porcentaje de dolico colon y dolico sigmoide es del 14.1%. Se destaca el hecho de que los 4 primeros criterios de diagnóstico clínico anotados atrás corresponden a lo informado en la literatura médica, pero llama la atención que el quinto criterio, la flatulencia, está en una relación totalmente contraria a dicha información; creemos, sin embargo, que como regla general el paciente constipado sufre de flatulencia.

Hubo predominio de baja ingestión de líquidos y de dieta con abundantes residuos, al igual que la alta ingestión de carbohidratos y azúcares.

El uso frecuente de laxantes se identificó en un 67.6%.

El 94% de los pacientes (ciento sesenta) se sometieron a tratamiento médico, con resultados entre excelentes y buenos en el 76.3% de ellos.

El 6% de los pacientes (diez) se sometieron a tratamiento quirúrgico con un 90% de resultados entre buenos y exce-

lentes. A 9 de estos pacientes se les practicó hemicolectomía izquierda; a uno se le practicó sigmoidectomía, con fracaso terapéutico.

En resumen el tratamiento médico racional y juiciosamente llevado dio buenos resultados en un alto porcentaje de casos.

Dos premisas condicionan el tratamiento quirúrgico: fracaso absoluto del tratamiento médico, y anormalidad anatómica del colon, demostrada radiológicamente.

El segundo grupo de pacientes, en el que existe asociación de constipación con patología colorrectoanal, se distribuyó así: con enfermedad colorrectal, el 43%; con enfermedad colorrectoanal, el 54.0%.

En este segundo grupo se encontró un caso de *Melanosis coli*, comprobada histopatológicamente, como hallazgo en una paciente constipada, muy habituada a la toma diaria de laxantes, lo que se invoca como causa de esta entidad.

En la etiología de la constipación funcional intervienen los inadecuados hábitos dietéticos y la automedicación de laxantes por parte del paciente; compete al médico luchar contra este tipo de prácticas, ilustrando a los pacientes sobre el tema.

Con base en la edad del paciente, la historia clínica, los hallazgos físicos y los resultados del examen coloproctológico, se descartarán las otras causas de orden orgánico, metabólico, iatrogénico, neurológico, psiquiátrico y psicológico que puedan ser factores etiológicos de la constipación.

RECOMENDACION ESPECIAL

Establecer en todos los centros hospitalarios un protocolo para el estudio y tratamiento de los pacientes con diagnóstico de constipación funcional, a quienes debe darse siempre el beneficio de una evaluación coloproctológica completa.

ABSTRACT

A prospective analysis of 882 patients in our Colo-Rectal Surgery service during a two year period was done. All patients included in the study have a final diagnosis of chronic obstipation. Patients were divided in two groups: Group I, we included patients with chronic abstopiation, without presence of associated colorectal pathology were included.

In Group I, we found 170 patients, 94% of the patients included in this group were medically-treated. Only 6% of the patients were surgically treated, with 80% of good results in a two year followup period.

In Group II, namely those patients with chronic obstipation and associated colorectal or anal pathology, we found and strong association between colorectal-anal pathology and chronic obstipation (54)%.

We finally conclude that with the application of a complex study protocol, chronic adult obstipation could be well evaluated and better treated.

This protocol is actually running in our colorectal surgery service at the Military Hospital in Bogotá.

BIBLIOGRAFIA

1. Parks, T.G.: Colonic Motility in man. Postgr. Med. J. 49:90, 1973.
2. Connell, A.M.: Disturbances of colonic motility. Med. Clin. North Am. 58: 1206, 1974.
3. Krupp, M.A.: Constipation. Current Medical Diagnosis and treatment pag. 332, Lange Medical Publications, California 1976.
4. Schuster, M.M.: Constipation and anorectal disorders. Clinic in Gastroent; 6: 643, 1977.
5. Bueno, F. Cerulli, M.,M.: Operant conditioning of colonic motility in irritable bowel syndrome. Gastroenterol; 70: 867, 1976.
6. Etzioni.: Segmental dilatation of the colon, another cause of chronic constipation. Dis. colon rectum, 23: 580, 1980.
7. Goldberg, Gordon, Nivatvongs, Essential of anorectal surgery. pag. 269. Lippincott Company, 1980.
8. Escobar Triana, J.: Colon Recto y Ano, Editorial Vértice. pag. 160, 1982.
9. Olarte, Aristizábal, Botero, Restrepo. Cirugía, Universidad de Antioquia, págs. 333-339, 369-375, 1983.
10. López, G., Fassler, S.: Estreñimiento crónico por dolicosigmoide. Temas escogidos de Gastroenterología, Tomo XXII 1982.
11. Patriquin, Martelli; Barium Enema in chronic constipation. Gastroenterology 75: 619-622, 1978.
12. Lane, Todd.: Idiopathic Megacolon. Br. J. Surg. Vol. 64 305-310, 1977.
13. Mc. Craedy, Beart. The surgical treatment of incapacitating constipation associated with idiopathic megacolon. Mayo Clinic Proc. 54: 779-783, 1979.
14. Klatt, Role of subtotal colectomy in the treatment of incapacitating constipation. The American Journal of Surgery, Vol 145, pag. 623, 1983.
15. Todd. Adult Hirschsprung's disease. Br. J. Surg. Vol 64, 313-314, 1977.
16. Martelli. Some parameters of large Bowel Motily in normal man. Gastroenterology, 75: 612-618, 1978.
17. Bockus, Henry. Gastroenterologia, Salvat Editores, 3era. edición Tomo 2, 830-987. 1980.