

ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

M^a Carmen García Marín

FEA Ap Digestivo

H. La Inmaculada

DEFINICIÓN

- **DISMINUCIÓN DE LA FRECUENCIA DEFECATORIA, DIFICULTAD EN LA EXPULSIÓN DE LAS HECES O AMBAS.**
- **EL DOLOR ABDOMINAL QUE SE MODIFICA CON LA DEFECACIÓN O SE ASOCIA A CAMBIOS EN LA CONSISTENCIA DE LAS HECES DEFINE EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON PREDOMINIO DE ESTREÑIMIENTO.**

CRITERIOS ROMA IV PARA EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

1. **Presencia de dos o más de los siguientes criterios:**
 - **Esfuerzo excesivo al menos en el 25% de las deposiciones**
 - **Heces duras al menos en el 25% de las deposiciones (tipo 1-2 de Bristol)**
 - **Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las deposiciones**
 - **Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal al menos en el 25% de las deposiciones**
 - **Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en el 25% de las deposiciones**
 - **Menos de 3 deposiciones espontáneas completas a la semana**
 2. **La presencia de heces líquidas es rara sin el uso de laxantes**
 3. **No deben existir criterios suficientes para el diagnóstico de SII**
- **LOS CRITERIOS DEBEN CUMPLIRSE AL MENOS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES Y LOS SÍNTOMAS DEBEN HABERSE INICIADO COMO MÍNIMO SEIS MESES ANTES DEL DIAGNÓSTICO.**

CÓMO LLEGAMOS AL DIAGNÓSTICO

1. ANAMNESIS:

- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares: enfermedades sistémicas y/o digestivas.
- Tratamiento farmacológico (hierro oral, calcioantagonistas, bifosfonatos, opioides).
- Clínica:
 - Tiempo de evolución.
 - Frecuencia defecatoria previa y actual.
 - Características de las heces: consistencia (Escala de Bristol), productos patológicos.
 - Síntomas asociados: esfuerzo, evacuación incompleta, dolor anal, digitación, dolor abdominal, meteorismo, distensión.
- Pueden influir: embarazo, viaje, evento estresante, cirugía, cambio dietético.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

- Inicio agudo en > 50 años.
- Pérdida de peso no justificada.
- Sangre en heces macroscópica o microscópica.
- Masa abdominal y/o rectal (EXPLORACIÓN FÍSICA).
- AFs de: CCR, EII, celiaquía.

CÓMO LLEGAMOS AL DIAGNÓSTICO

1. ANAMNESIS

2. EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Exploración abdominal.
- Tacto rectal.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: hemograma, bioquímica, perfil hepático, h. tiroideas, perfil férrico, PCR.
- SOH x 3.

CÓMO LLEGAMOS AL DIAGNÓSTICO

Si en la anamnesis, exploración y/o analítica existen datos de alarma o se sospecha patología orgánica:

- Colonoscopia (patología intraluminal).
- Estudios Radiológicos (Radiografía simple, Ecografía abdominal, TC abdominal, Colono-TC, Entero-RMN): causa/patología extraluminal o imposibilidad de colonoscopia o completarla.

CÓMO LLEGAMOS AL DIAGNÓSTICO

- Tras descartar las causas de estreñimiento crónico secundario y en caso de ser refractario a tratamiento médico, plantear

Estudios funcionales:

- Test de expulsión de balón: si no se puede expulsar el balón en 1-2 minutos orienta a disinergia del suelo pélvico.
- Manometría ano-rectal: detectar una disfunción de la defecación por anomalías motoras y/o sensitivas recto-anales.
- Defecografía: útil en diagnóstico de disfunción defecatoria y detección de alteraciones estructurales.
- Tiempo de tránsito colónico: normal o lento.

TRATAMIENTO

PRIMER ESCALÓN: MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS.

- Dieta rica en fibra + adecuada cantidad de agua (al menos 2 litros de agua al día).
- Actividad física regular.
- Perder peso (si sobrepeso/obesidad).
- Rutina defecatoria:
 - Horarios regulares de comidas, masticar bien los alimentos.
 - Realizar un desayuno con alto contenido calórico y suficiente líquido para favorecer el peristaltismo fisiológico, mayor a primeras horas de la mañana.
 - Educar al intestino: no reprimir nunca la necesidad de evacuación, habituarnos a ir al servicio a la misma hora, con tiempo y sin prisas.
 - Posición adecuada (uso de un alza o taburete que permita elevar los pies).

FIBRA ALIMENTARIA

- Consumo en el mundo occidental 10-15 g/día.
- Llegar a 30 g/día genera aumento del volumen de las deposiciones, disminución de su consistencia y reducción del tránsito colónico, sobre todo en pacientes con tránsito normal.
- Los pacientes con tránsito colónico lento o disinergia del suelo pélvico suelen empeorar con la fibra.
- Induce cambios en el pH colónico y en la microbiota, pudiendo tener efecto sobre la permeabilidad e inflamación intestinal.
- El salvado de trigo constituye la fuente principal de aporte de fibra de nuestra dieta (44 g/100 g).
- Su efecto no es inmediato.
- Meteorismo y flatulencia → aumento gradual de la cantidad de fibra.
- Son alimentos ricos en fibra insoluble la harina de trigo, el salvado, guisantes, repollo, vegetales de raíz, cereales y frutas maduras.
- Son ricos en fibra soluble la avena, las ciruelas, la zanahoria, los cítricos, judías secas y otras legumbres.

TIPOS DE FIBRA

FIBRA SOLUBLE

Pectinas, gomas, mucílagos y ciertas hemicelulosas.

Muy hidratadas formando geles y sustancias viscosas.

Son muy fermentables → ácidos grasos volátiles → aumentan el bolo fecal y la masa bacteriana.

FIBRA INSOLUBLE

Celulosa, lignina y algunas hemicelulosas.

Poco fermentables → pocos ácidos grasos volátiles.

Los residuos que llegan al colon → aumentan la masa fecal.



FIBRA ALIMENTARIA

- Se encuentra de forma natural únicamente en los alimentos de origen vegetal (**frutas, verduras, cereales, legumbres y frutos secos**).
- La mayoría contienen mezcla de los 2 tipos de fibra, aunque predomina la insoluble.
- Los alimentos más ricos en fibra total son los cereales completos (integrales) y las legumbres. En general, el contenido en fibra de los cereales completos, legumbres y frutos secos es superior al de los cereales refinados, la fruta y la verdura.
- Son alimentos ricos en fibra insoluble el salvado de trigo, guisantes, repollo, vegetales de raíz, cereales integrales y frutas maduras.
- Son ricos en fibra soluble el salvado de avena, cebada, ciruelas, zanahoria, cítricos, judías secas y otras legumbres.
- Se considera una **dieta rica en fibra entre 30 y 40 g fibra/día** en adultos. Las recomendaciones en edad infantil han aumentado (19-31 g fibra/día).
- La relación fibra insoluble/soluble debería ser aproximadamente de 3:1.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SEGUNDO ESCALÓN: LAXANTES.

Comprobar la efectividad de un laxante o combinación de laxantes a las 4 semanas de su inicio.

FORMADORES DE BOLO (suplementos de fibra/fibra soluble)

Retienen líquido, aumentan masa fecal → estimulan peristaltismo.

Plantago ovata /Ispagula (Biolid®, Plantaben®, Cenat®, Metamucil®) y Metilcelulosa (Muziplazma®).

Aumento del nº deposiciones.

Disminuye el esfuerzo defecatorio.

Tardan varios días en hacer efecto; no para alivio rápido de síntomas.

Riesgo de obstrucción → ingesta suficiente de líquidos.

No inmediatamente antes de acostarse.

Flatulencia y distensión abdominal.

Contraindicados en pacientes con impactación fecal u obstrucción intestinal.

Seguros a largo plazo.

Interfieren en la absorción de hierro, calcio y otras sustancias (digoxina, salicilatos), separarse 1 o 2 horas.

EMOLIENTES

Poco agresivos y bien tolerados.

Mejorar la consistencia de las heces mediante la emulsión del agua con la grasa del aceite, disminuyendo la tensión de superficie y favoreciendo la penetración de los fluidos intestinales.

Parafina (Emuliquen simple®, Hodernal®) En ancianos no se recomienda su uso, ya que pueden producir neumonitis lipídicas por aspiración.

No está indicado su uso en menores de 6 años.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

LAXANTES OSMÓTICOS

- Aumentan el nº de deposiciones y disminuyen el esfuerzo defecatorio.
- Atraen el líquido hacia el lumen intestinal.
 - Lactitol (emportal®, oponaf®), Lactulosa (duphalac®).
 - Se metabolizan por la flora intestinal.
 - Hidróxido de magnesio (Magnesia®): útiles si se busca una deposición rápida, hay que evitarlos en paciente con ERC o ICC.
 - Pueden empeorar el dolor y la distensión abdominal previos (lactulosa >PEG), o producir diarrea.
 - Adecuada ingesta de líquido.
 - Calambres y distensión abdominal.
 - Lactulosa → control clínico en pacientes diabéticos, por la absorción de sus metabolitos (fructosa, lactosa).
- Retiene el líquido que existe en la luz intestinal o con el que se administran.
 - Polietilenglicol/macrogol (PEG) (casenlax®), PEG con electrolitos (Movicol®, Molaxole®, Moviprep®, Casenglicol®, Evacuante Bohm®).
 - No absorbible (mínimas trazas en orina).
 - No fermentado por la microbiota → no flatulencias.
 - No produce hábito.
 - Hasta 3 días en hacer efecto, no adecuados para el alivio rápido de síntomas.
 - Adecuada ingesta de líquido.
- PEG es mejor que la lactulosa en cuanto aumentar la frecuencia de deposiciones por semana, consistencia de las heces, alivio del dolor abdominal y necesidad de productos adicionales para el control del estreñimiento.
- Laxante con menos efectos secundarios → niños, embarazadas, lactantes y ancianos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

➤ ENEMAS DE FOSFATO (Enema Casen®).

- Limpieza intestinal previa a cirugía o exploraciones, nunca para tratamiento del estreñimiento.
- Pueden producir hipotensión, hipovolemia, fallo renal, hiperfosfatemia, hipo/hiperkaliemia, acidosis metabólica y cambios en el electrocardiograma (alargamiento del intervalo QT)
- Especial precaución en ancianos, cardiópatas, ERC.
- De rescate más que de mantenimiento dada la necesidad de manipulación ano-rectal y posible pérdida del reflejo defecatorio rectal por su abuso/ laceraciones traumáticas anales.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ESTIMULANTES

- Estimulación directa de la motilidad intestinal.
- Aumenta la secreción intestinal (disminuyen la reabsorción de líquidos y electrolitos).
- Difenilmetanos: Bisacodilo (Dulcolaxo®) y Picosulfato sódico (evacuol®).
- No se absorben en intestino delgado, en colon aumentan las ondas propulsivas y la secreción.
- Dolor y distensión abdominal, diarreas.
- Menos seguros que los osmóticos, riesgo de alteraciones iónicas.
- Antraquinonas: Ricino, Sen, Senósidos A+B (X-Prep®), Cáscara sagrada, Glicerina (glicerol) (supositorios glicerina adultos, infantil, y lactantes).
- Por vía oral, efecto en 6-12 horas (administrarlos por la noche). Vía rectal más rápida (20-60 minutos).
- Mayor urgencia defecatoria y un ritmo intestinal no predecible.
- Pueden producir calambres abdominales.
- Contraindicados en obstrucción intestinal.
- Su uso crónico → desequilibrios electrolíticos y colon atónico.
- En algunos casos (ancianos encamados, cuidados paliativos) → uso más prolongado.

PROCINÉTICOS

- Más utilizados en ERGE (+ IBP) y dispepsia tipo dismotilidad.
- Agonistas 5-HT4 (Prucaloprida, cinitaprida): estimulante del tránsito intestinal.
- Antidopaminérgicos (domperidona, metoclopramida, cleboprida, levosulpirida)
- Extrapiramidalismos (metoclopramida y levosulpirida). Prolongación QT (domperidona).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

SECRETAGOGOS

- Aumento del nº de deposiciones y disminuye esfuerzo defecatorio. Pueden mejorar el dolor y la distensión abdominal. Si diarrea → Disminuir dosis.
- Linaclotida (Constella®): Péptido sintético no absorbible, actividad analgésica visceral y secretora.
- Lubiprostona (Amitiza®): Indicado en adultos para el tratamiento del estreñimiento crónico idiopático, el SII-E, y el estreñimiento inducido por opioides en pacientes no oncológicos. No comercializado en España, disponible a través del programa de Gestión de Medicamentos en Situaciones Especiales de la AEMPS.

ANTAGONISTAS DE RECEPTORES PERIFÉRICOS DE OPIOIDES

- Bloquean los receptores opioides mu periféricos sin alterar el efecto analgésico de los opioides en el sistema nervioso central.
- Metilnaltrexona (Relistor®) sc y Naloxegol (Moventing®) oral. Estreñimiento inducido por opioides en pacientes adultos con escasa respuesta a laxantes.

TRATAMIENTO

TERCER ESCALÓN: TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS.

- **BIOFEEDBACK ANORRECTAL:**

- Indicado en estreñimiento producido por disfunción del suelo pélvico o disinergia recto-esfinteriana.
- Mejorar la función del esfínter anal externo y músculo puborrectal, su coordinación con la prensa abdominal durante la defecación y la percepción a nivel rectal.

- **NEUROESTIMULACIÓN SACRA:**

- Indicado en estreñimiento crónico funcional con tránsito lento.
- Inducir contracciones colónicas, mejorar la percepción rectal y función muscular anal.

- **SISTEMAS DE IRRIGACIÓN ANAL:**

- En pacientes con lesión medular.

➤ (Peristeen®).



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- **Indicado en estreñimiento crónico con tránsito lento (trastorno de la motilidad colónica confirmado de modo objetivo), refractario a todos los tratamientos disponibles y con gran impacto en la calidad de vida.**
- **Importante descartar la existencia de un trastorno neuromuscular generalizado que afecte al intestino (imprescindible realizar una manometría gastrointestinal o tiempo de tránsito oro-cecal).**

PAPEL DE LOS PROBIÓTICOS

- No hay suficiente evidencia para recomendar probióticos en el estreñimiento crónico, aunque parece que disminuyen el tiempo de tránsito colónico, mejoran la frecuencia defecatoria y la consistencia de las heces.
- Se pueden asociar a los tratamientos laxantes, como por ejemplo en la enfermedad diverticular.
- Mayor utilidad en el SII.

RESUMEN DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. FIBRA
2. LAXANTES OSMÓTICOS: MÁS SEGUROS. PEG
3. LAXANTES ESTIMULANTES: TTO. PROLONGADO → ALT. IÓNICAS. ¡OJO EN ANCIANOS, CARDIÓPATAS, DIURÉTICOS!
4. SECRETAGOGOS (LINACLOTIDA)
5. EVITAR ESPASMOLÍTICOS.
6. PROBIÓTICOS: NO EVIDENCIA SUFICIENTE
7. ANTIBIÓTICOS (RIFAXIMINA): NO EVIDENCIA SUFICIENTE

A wide-angle landscape photograph showing a dry lake bed with a winding river channel. The river is filled with dark water, while the surrounding lake bed is covered in light-colored, crystalline salt deposits. The river is bordered by dark, rocky shores. In the background, there are rugged, brown mountains under a clear sky. The text "MUCHAS GRACIAS" is overlaid in the center in a bold, purple font.

MUCHAS GRACIAS