



World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: **Estreñimiento**

Secciones:

1. Definición
 2. Patogénesis
 3. Factores de riesgo
 4. Diagnóstico & Diagnóstico Diferencial
 5. Orientación terapéutica
 6. Referencias Bibliográficas
 7. Enlaces a sitios Web de interés
 8. Preguntas y Sugerencias
-

1. Definición

El estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad.

El punto de vista del paciente:

Diferentes pacientes tienen percepciones distintas de los síntomas. Algunos pacientes ven el estreñimiento como una necesidad de realizar un esfuerzo (52%), para otros representa la eliminación de materias duras (44%) o la imposibilidad de defecar cuando se desea (34%) o defecar de forma infrecuente (33%).

El punto de vista clínico:

Existe estreñimiento si los pacientes que no toman laxantes presentan al menos 2 de los puntos siguientes en un período de 12 semanas en los últimos 12 meses. (Criterios ROMA-II):

- a. Menos de 3 deposiciones por semana
 - b. Defecación dura en más del 25% de las deposiciones, sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las deposiciones
 - c. Esfuerzo excesivo en más del 25% de las deposiciones
 - d. La necesidad de manipulación digital para facilitar la evacuación
-

2. Patogénesis

Las causas del estreñimiento son muchas y en la mayoría de los casos mal entendidas. La literatura muestra mucho solapamiento y en ocasiones listas de causas contradictorias.

A continuación se indican un conjunto de posibles causas. Es útil distinguir entre trastornos de la motilidad y patología del suelo pélvico. Nótese que la causa principal más frecuente del estreñimiento es una alimentación inadecuada, pobre en fibra.

Trastornos de la motilidad:

Los trastornos de la motilidad pueden estar asociados a:

- Factores psiquiátricos
 - depresión
 - abuso sexual
 - actitudes inusuales frente a la comida y función intestinal
- Nutrición inadecuada
 - consumo de fibra inadecuada
 - deshidratación producida por un consumo bajo en líquidos
- Fármacos
- Inercia colónica o estreñimiento por tránsito lento
- SII
- Miopatía intestinal
- Síndrome de Ogilvy
- Causas neurológicas (raro)
 - Traumatismo de la médula espinal
 - Enfermedad de Parkinson
 - Esclerosis Múltiple

Trastornos del Suelo Pélvico:

- Función del suelo pélvico dañado y/o esfínter externo (espasticidad del suelo pélvico, anismus, disinergría)
- Obstrucción del suelo pélvico
 - prolapso rectal
 - enterocele
 - rectocele
 - indigitación rectal

Nótese de que las condiciones aquí expuestas pueden ser también la consecuencia de estreñimiento y un esfuerzo excesivo y repetitivo al defecar

Las causas más comunes de estreñimiento son:

- estreñimiento funcional o estreñimiento con tránsito lento (inercia colónica)
- síndrome del intestino irritable (SII)
- obstrucción anal

Ser capaces de diferenciar entre ellas, nos ayudará a encontrar un tratamiento individual a medida de cada circunstancia.

La investigación muestra que la función colo-rectal no está afectada significativamente por el envejecimiento. El estreñimiento en gente mayor no es generalmente el resultado del envejecimiento, pero sí se relaciona con un aumento del estreñimiento con factores que pueden promoverlo tales como enfermedades crónicas, inmovilidad, condiciones neurológicas y psiquiátricas, el uso de medicamentos, nutrición inadecuada, etc.

En el primer período de la vida y la infancia el estreñimiento es, en la mayor parte de los casos, funcional más que orgánico. Sin embargo cuando el tratamiento falla y existe una eliminación retardada del meconio u otros signos de alarma, la Enfermedad de Hirschsprung es una posibilidad a tener en cuenta en la infancia.

El estreñimiento en niños puede estar asociado también a causas específicas como pueden ser un adiestramiento un tanto coercitivo del uso del retrete, abuso sexual, excesiva intervención de los padres y fobia a ir al retrete.

Tabla 1: Causas del Estreñimiento

-
- **Extrínsecas**
 - Dieta insuficiente en fibras o líquidos
 - Ignorar la necesidad de defecar
 - **Estructural**
 - Colorectal: neoplasia, estenosis, isquemia, vólvulo, enfermedad diverticular
 - Anorectal: inflamación, prolapso, rectocele, fisura, estenosis
 - **Sistémico**
 - Hipopotasemia
 - Hipercalcemia
 - Hiperparatiroidismo
 - Hipotiroidismo
 - Hipertiroidismo
 - Diabetes mellitus
 - Panhipopituitarismo
 - Enfermedad de Addison
 - Feocromocitoma
 - Porfiria
 - Uremia
 - Amiloidosis
 - Escleroderma, polimiositis
 - Embarazo
 - **Neurológicas**
 - SNC: Enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, trauma, isquemia, tumor
 - Nervios Sacros: trauma, tumor
 - Neuropatía autonómica
 - Aganglionosis (Enfermedad de Hirschsprung)
 - **Fármacos**
 - Analgésicos
 - Opiáceos, antiinflamatorios no esteroideos
 - Anticolinérgicos
 - Atropina, antidepresivos, neurolepticos, antipsicóticos, anti-parkinsonianos
 - Anticonvulsantes
 - Antihistamínicos
 - Antihipertensivos
 - Antagonistas del calcio, clonidina, hidralazina, bloqueantes ganglionares, inhibidores de la monoaminooxidasa, metildopa
 - Citostáticos
 - Derivados de la Vinca
 - Diuréticos
 - Iones metálicos
 - Aluminio (antiácidos, sucralfato), bario sulfato, bismuto, calcio, hierro, metales pesados (arsénico, plomo, mercurio)
 - Resinas
 - Colestiramina, poliestireno
 - **Patofisiología incierta**
 - Síndrome del Intestino Irritable (SII)
 - Estreñimiento por tránsito lento
 - Disfunción del suelo pélvico
-

3. Factores de riesgo

Situaciones de riesgo, grupos y factores:

- Lactantes y niños
- Mayores de 55 años
- Cirugía reciente abdominal o perianal/cirugía pélvica
- Embarazo en edades avanzadas
- Movilidad limitada
- Dieta inadecuada (líquidos o fibra)
- medicación (polifarmacia) especialmente en personas mayores

- abuso de laxantes
- co-morbilidad conocida (ver tabla 1)
- pacientes terminales
- viajes
- historia de estreñimiento crónico.

Las personas mayores están expuestas 5 veces más que los jóvenes a desarrollar estreñimiento. En la mayoría de los casos esto se debe a factores dietéticos, falta de ejercicio, uso de fármacos y malos hábitos intestinales. Varía la percepción a los síntomas en el estreñimiento.

El estreñimiento en infantes y niños plantea problemas especiales. Normalmente es funcional más que orgánico y la mayoría debido a malos hábitos intestinales.

Estreñimiento con tránsito lento o inercia colónica se desarrolla casi exclusivamente en mujeres jóvenes. El estreñimiento también puede ocurrir en mujeres que tengan un embarazo en edades avanzadas.

4. Diagnóstico & Diagnóstico Diferencial

Existen diferentes causas que provocan estreñimiento. Algunos pacientes no tienen una causa clara que lo identifique; se diagnostican muchas veces como Síndrome de Intestino Irritable (SII) o estreñimiento idiopático crónico (incluyendo inercia colónica y patología del suelo pélvico).

Como no existe un estándar de referencia, los síntomas que manifiesta el paciente son esenciales, pero no siempre reales.

No hay un acuerdo por ejemplo, de lo que constituye un hábito deposicional 'normal'. Se está trabajando para definir el hábito deposicional en base a escalas sobre la forma de las deposiciones como una guía útil para el tiempo de tránsito.

Es importante ser sistemático en:

- **Realización de la anamnesis**
- **Exámen físico**
- **Técnicas diagnósticas**

Realización de la anamnesis

- Interrogatorio según criterios ROMA-II
- Interrogatorio de problemas neurológicos
 - Traumatismo médula espinal
 - Enfermedad de Parkinson
 - Esclerosis Múltiple
- Chequeo de las condiciones psiquiátricas
 - Abuso sexual, violencia, trauma
 - Actitud inusual / comportamiento hacia el hábito deposicional
 - Depresión / somatización
 - Problemas alimenticios
- Chequeo de la edad de aparición (repentina o desde hace tiempo)
 - Aparición repentina indica obstrucción
 - Chequear la necesidad o ausencia de urgencia
 - Con urgencia : obstrucción

- Sin urgencia : inercia colónica
- Chequeo de la presencia de historia familiar de estreñimiento

Exámen físico

- percussion (check for gas)
- palpable feces ('loaded colon')
 - rectal palpation
- percusión (presencia de gas)
- heces palpables ('colón cargado')
 - tacto rectal
 - consistencia/impactación
 - presencia de masas no fecales o anomalías (tumor, hemorroides, fisuras, fístulas, prolapso, neoplasia)
 - presencia de sangre
 - tono del esfínter

Técnicas diagnósticas

- Análisis de la materia fecal
 - pesaje 3 días; < 100 g de promedio significa estreñimiento
 - Rayos-X abdominal
 - Investigación radiológica o endoscópica (para valorar/excluir obstrucción):
 - megacolon
 - colon sigmoide redundante
 - patrón de haustras colónicas
 - pacientes SII → longitud de las haustras del colon normal
 - inercia colónica → mayor longitud, menos haustras colónicas
 - tests de función anorectal (indicado sólo en casos seleccionados)
 - manometría (no inhibición del reflejo rectoanal en la Enfermedad de Hirschsprung)
 - electromiografía; patología del suelo pélvico espástica
 - Biopsia mucosa rectal
 - Reactivo con acetilcolinesterasa para excluir Enfermedad de Hirschsprung. Pigmentación marrón-negro de la mucosa colónica
 - Tiempo de tránsito colónico (marcadores radioopacos).

Una enfermedad orgánica, metabólica o endocrina debe ser excluida mediante los tests de sangre oculta en heces, hematemetría, análisis de la función tiroidea y niveles de calcio. Una radiografía simple puede sugerir megacolon. Un enema de bario ayuda a excluir megacolon, megarecto y cualquier obstrucción colorectal. Una sigmoidoscopia o colonoscopia son útiles para excluir enfermedades estructurales (fisuras, estenosis, tumores).

No hay un claro acuerdo sobre qué pruebas son las más apropiadas y en qué orden se tienen que realizar para la evaluación diagnóstica de pacientes con estreñimiento. El SII por ejemplo sigue siendo una de las condiciones más difíciles de diagnosticar por su patofisiología dudosa y falta de pruebas diagnósticas. Una manometría anorectal, una defecografía y una electromiografía, como los estudios del tiempo de tránsito con marcadores radioopacos, son complejos, llevan tiempo y requieren medios no siempre disponibles fuera de los centros académicos bien equipados.

Síntomas importantes de alarma especialmente en pacientes mayores de 50 años

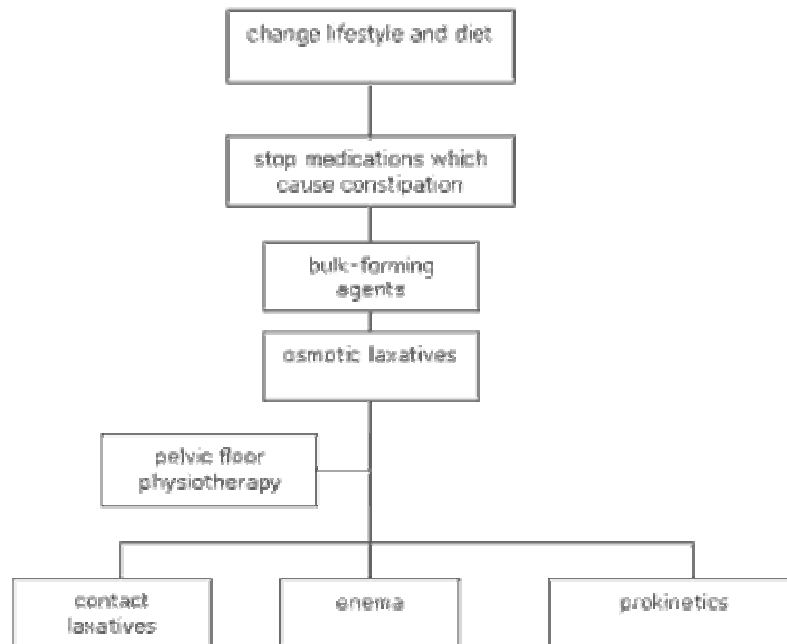
- Estreñimiento de reciente comienzo
- Anemia
- Pérdida de peso
- Pérdida anal de sangre
- Test positivo de sangre oculta
- Cambio repentino en el patrón deposicional y cambios en el aspecto de las heces

5. Orientación terapéutica

El tratamiento del estreñimiento es sintomático. Estudios disponibles se han concentrado en terapias con fibra y diferentes laxantes. Mientras terapias con fibra y laxantes tienen algún beneficio en mejorar la cantidad y calidad de la defecación, no existe una evidencia clara de qué laxante debe elegirse.

El tratamiento debe ser gradual y empezar con modificaciones en el estilo de vida y consejos dietéticos. Cualquier medicamento que pueda causar estreñimiento debe suprimirse si es posible. Pasos posteriores incluyen la utilización de formadores del volumen fecal, laxantes osmóticos y posible fisioterapia del suelo pélvico. Si esto falla un siguiente paso puede ser la utilización de laxantes de contacto, enemas y procinéticos. En el Síndrome de Ogilvy, por ejemplo, la cirugía sólo está indicada en circunstancias excepcionales cuando todos los otros tratamientos conservadores han sido inefectivos o cuando existe el riesgo de perforación del ciego.

Tabla 2: Tratamiento escalonado del Estreñimiento



Fibra y laxantes

Tabla 3: Laxantes

- **Agentes formadores de masa**
 - Psillium
 - Policarbofilo
 - Metilcelulosa

- **Agentes Lubricantes**
 - Aceite mineral
- **Laxantes estimulantes**
 - Agentes que actúan en la superficie
 - Docusato
 - Ácidos biliares
 - Derivados de Difenilmetano
 - Fenoltaleína
 - Bisacodil
 - Picosulfato sódico
 - Ácido ricinoleico
 - Aceite de castor
 - Antraquinonas
 - Sena
 - Cascara sagrada
 - Aloe
 - Ruibarbo
- **Agentes osmóticos**
 - Magnesio y sales de fosfatos
 - Lactulosa
 - Sorbitol
 - Polietilén glicol
- **Supositorios de Glicerina**

Agentes formadores de masa

Utilizar únicamente si una dieta alimenticia rica en fibra no funciona. La acción es por retención de líquidos y un incremento de la masa fecal. Flatulencia y distensión pueden ocurrir pero el tratamiento a largo plazo es seguro. Es esencial tomar líquidos en forma adecuada.

Laxantes estimulantes

La acción es por estimulación directa de los nervios colónicos. El efecto se produce normalmente dentro de las 8-12 h; los supositorios son más rápidos: 20-60 minutos. El uso rutinario de dantron es desmotivador debido a su potencial carcinogenicidad.

Laxantes osmóticos

La acción es por retención de líquidos en el intestino por ósmosis, cambiando la distribución del agua en las heces.

Situaciones especiales:

1. La edad
2. Embarazo
3. Niños
4. Diabéticos
5. Enfermedad terminal
6. Viajes
7. Estreñimiento post-histerectomía

1. La edad

Aquí el mayor problema es la falta de movilidad y la polifarmacia. El tratamiento es el mismo que para adultos jóvenes con énfasis en el cambio de estilo de vida y la dieta. En casos de inmovilidad es preferible utilizar laxantes osmóticos o laxantes estimulantes en lugar de

agentes aumentadores de volumen. Una combinación de sena y fibra es más efectiva que lactulosa sola. Es importante probar e interrumpir fármacos que potencialmente pueden producir estreñimiento.

2. Embarazo

Utilizar dieta rica en fibra, gran cantidad de líquido y ejercicio como opciones principales de tratamiento. Pueden usarse laxantes, si esto falla. Utilizar fármacos sólo por un período corto de tiempo. La Farmacovigilancia es la principal preocupación en el embarazo. Los productos aumentadores de volumen se creen más seguros que los estimulantes. Al Sena se le considera seguro en dosis normales pero es necesaria precaución si se usa en el momento cercano al parto o si el embarazo es inestable. Los productos aumentadores de volumen y la lactulosa no pasan a la leche materna. El Sena, en grandes dosis, pasará a la leche materna y causará diarrea y cólicos al recién nacido.

3. Niños

Utilizar primero dieta rica en fibra y gran cantidad de líquidos. Evitar un consumo excesivo de leche. Pueden darse laxantes (una terapia oral es mejor) si fallan el aumento de fibra y líquidos. No hay evidencia de qué clase de laxantes es mejor. Empezar pronto el tratamiento es importante porque un estreñimiento crónico puede convertirse en un megarecto o impactación fecal. A menudo se prescribe a largo plazo un reblandecedor de las heces para prevenir recurrencias o más impactación fecal. Un uso regular es importante ya que las intermitencias pueden causar recaídas.

4. Diabéticos

Los agentes aumentadores de volumen son seguros y útiles para aquellos que no pueden o quieren aumentar la fibra en la dieta. Los diabéticos deberán evitar laxantes tales como lactulosa y sorbitol pues sus metabolitos pueden influir en los niveles de glucosa en sangre - especialmente en pacientes con diabetes tipo-1 difícil de controlar.

5. Enfermedad terminal

Prevenir el estreñimiento es de vital importancia para el paciente terminal. Prevenir la deshidratación y uso de laxantes profilácticos es importante. Si las heces son duras y el recto está lleno, se recomienda líquidos con dantron, supositorios de glicerina o docusato. Si las heces son blandas, laxantes estimulantes tales como sena o bisacodil pueden utilizarse. Si el colon está lleno y con presencia de cólico, puede utilizarse un reblandecedor de heces como docusato. Se recomienda dantron si hay ausencia de cólico. También puede utilizarse Polietilen-glicol. Lactulosa es una alternativa a docusato a pesar de que puede provocar distensión y posible hipotensión postural (pasaje de líquido al intestino).

6. Viajes

Muchos, particularmente mujeres, desarrollan estreñimiento cuando realizan un viaje que interrumpe los hábitos normales tanto alimenticios como de defecación. Anticiparse con comidas regulares (un consumo (extra) de frutas y vegetales ayudará a prevenir el estreñimiento, junto con laxantes osmóticos (lactulosa, glicol, etc.) en caso necesario.

7. Estreñimiento tras una histerectomía

El estreñimiento también puede ser consecuencia de una cirugía pélvica. La creación de adherencias en el canal pélvico y quizás el daño causado a los nervios pélvicos como consecuencia de la histerectomía puede ser la causa de estreñimiento. Son necesarios

ensayos prospectivos para valorar si nuevas técnicas quirúrgicas que lesionen menos el sistema nervioso de la zona pueden reducir significativamente este tipo de estreñimiento.

Conclusiones

La evidencia sobre la eficacia de las opciones terapéuticas actuales es limitada. Los agentes aumentadores de volumen no siempre son efectivos y pueden incluso causar impactación fecal. Las soluciones de polietilén glicol se usan cada vez más. Los reblandecedores de las heces son en muchas ocasiones efectivos. La seguridad de un grupo de laxantes estimulantes, antranoides tales como sena, aloe y dantron, todavía es controvertida. Nuevas opciones farmacológicas se centran en estimular las contracciones migratorias gigantes con fármacos agonistas selectivos de los receptores 5HT₄ y de la serotonina. La primera opción es siempre empezar con un cambio de los hábitos de vida y alimentarios, antes que empezar con un tratamiento con laxantes.

Prevención

- Saber qué es normal y no confiar innecesariamente en laxantes
- Ingerir una dieta equilibrada que incluya salvado, granos de trigo, fruta fresca y vegetales
- Beber suficiente líquido
- Hacer regularmente ejercicio
- Reservar el tiempo necesario para ir al retrete
- No ignorar el deseo de defecar

6. Referencias Bibliográficas

- NASPGN guideline For Neonates and Children

7. Enlaces a sitios Web de interés

The National Library of Medicine's PUBMED Medline es el mejor comienzo para consultas generales de medicina:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

The US National Guidelines Clearing House también publica un sumario sobre el Manejo del Estreñimiento (Management of Constipation):

<http://www.guideline.gov>

The US National Institute on Aging tiene una web con una Guía sobre Estreñimiento (web based Guideline on Constipation):

http://www.wellnessweb.com/masterindex/bowel/about_constipation.htm

The American Gastroenterological Association tiene una Guía útil sobre Estreñimiento, un punto de comienzo muy bueno de información para el paciente:

<http://www.gastro.org/public/constipation.html>

8. Preguntas y Sugerencias

El Comité de Protocolos y Publicaciones (The Guidelines & Publications Committee) le da la bienvenida y agradece cualquier comentario y pregunta que pueda Vd. tener. Presione el botón inferior y denos a conocer sus puntos de vista y experiencia en esta condición. Juntos podremos hacerlo mejor! Gracias.

guidelines@worldgastroenterology.org

