

ESTREÑIMIENTO. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL**Dra. María Ángeles Casterá Brugada**

Médica interna residente en Medicina Familiar y Comunitaria

Se define como una defecación insatisfactoria que se caracteriza por deposiciones poco frecuentes (<3 a la semana), paso difícil de las heces (esfuerzo, sensación de dificultad y mayor tiempo para defecar, evacuación incompleta), o ambos.

ETIOLOGÍA

- **DIETA:** inadecuada ingesta de fibra o líquido.
- **Fármacos:** Anticolinérgicos (neurolepticos, antiparkinsonianos), antidepresivos, anticonvulsivantes, antiácidos (hidróxido de aluminio, carbonato cálcico), antihipertensivos (calcioantagonistas, hidralazina, metildopa), antihistamínicos, AINES, derivados de la vinca, diuréticos, opiáceos, colestiramina, suplementos de hierro o calcio.
- **Enfermedades endocrinas** (DM, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, panhipopituitarismo, Addison, feocromocitoma).
- **Enfermedades metabólicas:** Porfiria, uremia, amiloidosis.
- **Trastornos iónicos:** hipokalemia, hipercalcemia.
- **Miopatías:** esclerodermia, polimiositis.
- **Lesiones tracto gastrointestinal.**
- **Agangliosis o enfermedad de Hirschsprug.**
- **Embarazo.**
- **Enfermedades neurológicas:** Parkinson, esclerosis múltiple, lesión de cordones espinales.
- **Enfermedades psiquiátricas:** Anorexia, depresión, abuso sexual, etc.
- **Alteraciones funcionales:** Disinergia en la defecación, tránsito colónico lento, síndrome de colon irritable.

ANAMNESIS

- Estilo de vida (tipo de dieta, ingesta de agua, actividad física, viajes, etc).
- Fármacos.
- Historia personal y familiar de estreñimiento, neoplasias, patologías concomitantes y estado psíquico.
- Hábito intestinal: frecuencia y consistencia de deposiciones.
- Un cambio repentino sin causa aparente → descartar enfermedad orgánica.
- Diagnóstico de estreñimiento funcional → después de descartar organicidad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Percusión y palpación abdominal:** se pueden palpar heces en el cuadrante ífero-abdominal derecho e izquierdo. Descartar presencia de masas.
- **Inspección anal:** se pueden detectar fisuras o hemorroides externas (pueden ser causa o la consecuencia del estreñimiento).
- **TACTO RECTAL ¡SIEMPRE!**
 - Comprobar consistencia de las heces y si hay impactación fecal.
 - Presencia de masas no fecales (hemorroides, tumores, prolapsos)
 - Sangrados y tono del esfínter anal.
 - Si el reflejo de contracción del esfínter anal externo está disminuido → sospechar neuropatía.
- **Síntomas extradigestivos:** enfermedades sistémicas (endocrinas, neurológicas, metabólicas).
- **Síntomas asociados:**
 - Dolor anal: fisuras, hemorroides, abscesos.
 - Alivio dolor al defecar o ventosear: síndrome intestino irritable
 - Rectorragias: EII, neoplasia, patología anal, etc
 - Diarrea paradójica: fecaloma, neoplasia, etc
 - Síndrome constitucional : EII, neoplasia, etc.
 - Fiebre: EII.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Análítica:** Hemograma, bioquímica básica con electrolitos séricos (Na, K, calcio), glucosa y hormonas tiroideas (de ordinario, según clínica).
- **Rx abdomen:**
 - Niveles hidroaéreos: Oclusión intestinal → valorar cirugía.
 - Íleo paralítico: tratamiento médico.
 - Normal: reevaluar.

- **Pruebas secundarias:**
 - Sangre oculta en heces: en Atención Primaria.
 - Colonoscopia: si sangre oculta en heces + estreñimiento reciente + síndrome constitucional.
 - Enema opaco: si se sospecha organicidad.

TRATAMIENTO MÉDICO

- **Medidas higiénico-dietéticas:** Dieta equilibrada (abundante fibra: salvado, cereales, fruta fresca y verduras), beber abundantes líquidos, ejercicio regular, horario defecatorio (principalmente tras las comidas, por las mañanas).
- **Tratamiento de enfermedad de base:** valorar cirugía, retirar fármacos, tratamiento endocrino, etc.
- **Embarazo:** suplementos fibra (plantago ovata, metilcelulosa), laxantes emolientes, azúcares osmóticos.
 - Contraindicados: laxantes salinos, aceites minerales orales (ricino).
- **Estreñimiento agudo:**
 - Glicerina supositorio (1-2 sup/24h)
 - Resistencia a tratamiento:
 - Citrato sódico dihidratado (1 canuleta/24h) o
 - Fosfato sódico (1 enema 140-250 ml/24h) o
 - Lactulosa 15-30 ml/día vo
- **Estreñimiento crónico funcional:** a largo plazo, sólo deben de emplearse formadores de volumen.
 - Plantago ovata : 3.5-7g (1-2 cucharadas o sobres) en ayunas por la mañana con 1-2 vasos de agua o
 - Lactulosa 15-30 ml/24h.
 - Formas graves: bisacodilo 5-10 mg después de cenar.

GRUPO	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	INDICACIONES	EFFECTOS SECUNDARIOS	MECANISMO DE ACCIÓN
Agentes formadores de masa	Salvado de trigo	Profilaxis: 6-10 g/día Tto: 20-30 g/día	Primer tratamiento asociado a abundante agua	Flatulencia, distensión abdominal, obstrucción intestinal. Puede producir mal absorción de hierro o calcio	Aumentan el volumen absorbiendo agua incrementando el bolo intestinal y estimulando el peristaltismo
	Metilcelulosa	1,5-6 g/día	Útil en pacientes que no toleren el salvado. Pueden gestantes (FDA: B)		
	Plantago Ovata	3,5-7 g en ayunas por la mañana con 2 vasos de agua	Puede usarse en gestantes (FDA: B)		
Laxantes vía rectal	Glicerol rectal	1 supo/día	Tratamiento a corto plazo del estreñimiento. No adecuado como tratamiento único. Útil en el colon catártico secundario a laxantes estimulantes. Puede usarse en gestantes	Nauseas, dolor abdominal, trastornos hidroelectrolíticos, proctitis, escozor anal	Ablandan las heces y las lubrican
	Enema casen	1 enema 140-250 ml/día	Tratamiento puntual del estreñimiento		
	Micralax	1 canuleta/día			
Laxantes emolientes	Docusato sódico	50-250 mg/día al acostarse	Útiles en tratamientos cortos. Se acepta uso esporádico en gestantes (FDA: C)	Pueden causar tolerancia y dependencia	Hidratán y ablandan las deposiciones
	Parafina	15 ml/12 horas			
Osmóticos Salinos	Hidróxido, citrato o sulfato de Mg	15 mg en 250 ml de agua	Antes de exploraciones o cirugía	Posible absorción de iones	Actúan por ósmosis
Derivados de azúcares	Lactitol	10-20 g/día	En ancianos cuando la fibra no es suficiente	Molestias gastrointestinales y flatulencia. En dosis excesiva diarrea	Efecto osmótico estimulando la motilidad del colon
	Lactulosa	15-30 ml/día (sol de 3,33 g/5ml)	Se puede usar con precaución en embarazadas (FDA : B)		
Estimulantes	Antraquinonas, aceite de ricino, polifenólicos	Sen: 18-36 mg/día Bisacodilo: 5-10 mg/día Fenolftaleina: 90 mg/día Aceite ricino: 15-45 ml (16h antes de proced. diagnóstico o cirugía)	Estreñimiento transitorio por su efecto rápido y puntual	Dolor abdominal, trastornos hidroelectrolíticos, colon catártico	Actúan en el plexo mientérico estimulando la peristalsis; además efecto secretor

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Detención completa y persistente del tránsito intestinal.

- **Mecánica u obstructiva:** el tránsito se detiene por un obstáculo real (por causas intrínsecas o extrínsecas).
 - Simple: Tránsito perturbado sin alteración de la circulación.
 - Con estrangulación: Con afectación vascular.
- **Funcional:** Íleo paralítico o íleo espástico.

CLÍNICA

- **Dolor:** tipo cólico debido al peristaltismo de lucha. Si se hace continuo, localizado y de gran intensidad, sugiere estrangulación o perforación. En el íleo paralítico en fase paralítica el dolor es leve o inexistente.

- **Vómitos:** abundantes y precoces en obstrucciones altas, pudiendo faltar en la obstrucción de colon. Su contenido depende del nivel donde se localice la obstrucción (alimentario, biliar, intestinal o fecaloideo).
- **Estreñimiento:** absoluto si la obstrucción es total. En ocasiones, se evacuan heces distales al obstáculo (mecanismo reflejo).
- **Distensión abdominal.**
- **Fiebre** (si hay estrangulación o isquemia de asas).

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspección, palpación, percusión, auscultación, tacto rectal (después de Rx abdomen).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Radiografía simple de abdomen** (en bipedestación o decúbito lateral): serie obstructiva.
- **Radiografía de tórax.**
- **Laboratorio:**
 - **Hemograma** con fórmula y recuento leucocitario.
 - **Bioquímica** (glucosa, sodio, potasio, cloro, urea, creatinina y amilasa), donde podemos encontrar:
 - Hipopotasemia como causa de íleo.
 - Hipocloremia.
 - Aumento urea y creatinina (IRA), si hay deshidratación.
 - Hiperamilasemia: si obstrucción es causada por pancreatitis aguda.
 - **Si IRA solicitar:** iones en orina (Na y Cr) para calcular fracción excreción Na.
 - **Gasometría arterial:**
 - Alcalosis metabólica hipoclorémica e hipopotasémica en obstrucciones altas con vómitos intensos.
 - Acidosis metabólica, en los estados de shock.

TRATAMIENTO

- **Medidas generales:**
 - **Obstrucción mecánica:**
 - Sonda de Levin endodigestiva: aspiración continua.
 - Perfundir suero fisiológico, alternado con suero glucosado 5 % (2500-3000 ml/día).
 - Si sospecha infección vascular: Antibiótico amplio espectro:
 - Ceftazidima 1g/8h ev
 - Cefepima 2g/12h ev (o 2g/8h ev en enfermos neutropénicos)
 - Piperacilina-tazobactam 4+0.5g/8h ev
 - Meropenem 1g/8h ev
 - Si sospecha infección por anaerobios: Metronidazol 500mg/8h ev
 - Enfermos con grave riesgo quirúrgico (sospecha obstrucción por adherencias por cirugía previa o carcinomatosis):
 - Somatostatina: 6 mg/24h ev (1vial de 6mg en 500ml SF a 21ml/h).
 - Octreótido 100 µg/8h sc
 - **Obstrucción funcional:**
 - Sueroterapia en la dosis comentada.
 - Si isquemia mesentérica (antibióticos de amplio espectro en dosis reseñadas).
- **Tratamiento específico:**
 - Reducción manual de hernias encarceradas (si tiempo evolución < 6 horas).
 - Intervención quirúrgica urgente o electiva, en obstrucción mecánica.
 - En obstrucción intestinal funcional, tratamiento específico según causa.