



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL 1



SI EN PUBMED PONEMOS FUNCTIONAL CONSTIPATION:



functional constipation

Advanced Create alert Create RSS

User Guide

Save Email Send to

Sort by: Best match

Display options

MY NCBI FILTERS

5,478 results

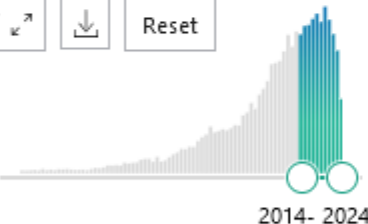
<< < Page 1 of 548 > >>

RESULTS BY YEAR

↶ ↷

↓

Reset



2014- 2024

TEXT AVAILABILITY

☐ Abstract

☐ Free full text

☐ Full text

✓ Filters applied: in the last 10 years, Humans. [Clear all](#)

1

An approach to the diagnosis and management of Rome IV **functional** disorders of chronic **constipation**.

Cite Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M.

Share Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2020 Jan;14(1):39-46. doi: 10.1080/17474124.2020.1708718. Epub 2020 Jan 2.

PMID: 31893959 Free article. Review.

Introduction: Chronic **constipation** is highly prevalent, affecting between 10% and 15% of the population. The Rome IV criteria categorizes disorders of chronic **constipation** into four subtypes: (a) **functional constipation**, (b) irritable bowel syndrome wi ...

Functional constipation in children: What physicians should know.

SUPERPOSICIÓN DE PATOLOGÍAS: LA DISFUNCIÓN PRECEDE A LA PATOLOGÍA



LAS PATOLOGÍAS FUNCIONALES DIGESTIVAS SE SOLAPAN . POR EJEMPLO LA DISPEPSIA FUNCIONAL Y EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN UN 55.3%, CON LA ERGE EL SII SE SOLAPA ENTRE UN 10 Y UN 74% .



EL SOLAPAMIENTO ENTRE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA) Y EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE IMPLICA A UN 33% DE LOS PACIENTES. SE SABE QUE ES CONSECUENCIA DE LAS ALTERACIONES EN EL MICROBIOMA, LAS INFECCIONES DEL TRACTO DIGESTIVO Y LA PERMEABILIDAD INTESTINAL.



SE PIENSA QUE PUEDEN SER ESTADÍOS DE LA MISMA ENFERMEDAD . ES DECIR LAS ALTERACIONES FUNCIONALES PRECEDEN A LA PATOLOGÍA.

COMO CONSECUENCIA....

LA VISIÓN Y EL PARADIGMA DE LOS ESTREÑIMIENTOS Y EL SII HA PASADO A SER CONSIDERADA UNA ALTERACIÓN DEL EJE CEREBRO-INTESTINO.

POR OTRA PARTE SE HAN ENCONTRADO ALTERACIONES EN RECEPTORES DE MUCOSA, INCREMENTOS DE ÁCIDOS GRASOS DE CADENA CORTA Y ÁCIDOS BILIARES Y NEUROTRANSMISORES QUE CAUSAN DOLOR EN EJE CEREBRO INTESTINO.

ALTERACIONES EN EL TRÁNSITO OROANAL SE HAN OBSERVADO EN INCREMENTOS DE LAS CONCENTRACIONES DE METANO E HIDRÓGENO (SIBO)

LAS CÉLULAS DEL SNE LIBERAN HORMONAS EN LA LÁMINA PROPIA : SE SABE QUE EL GLUTAMATO, LA HISTAMINA, LA 5HT, NORADRENALINA INCREMENTAN EL DOLOR VISCERAL Y QUE EL ÁCIDO GAMA AMINO BUTÍRICO REDUCE LA MOTILIDAD.

ENFOQUE CLÁSICO MÉDICO:

- Los criterios de Roma IV clasifican los trastornos del estreñimiento crónico en cuatro subtipos:
 - (a) estreñimiento funcional
 - (b) síndrome del intestino irritable con estreñimiento,
 - (c) estreñimiento inducido por opioides
 - (d) trastornos de la defecación funcional, incluida una propulsión defecatoria inadecuada y una defecación disinérgica.
- El enfoque inicial de manejo para estos trastornos es similar, centrándose en la dieta, estilo de vida y el uso de laxantes estándar sin receta.

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL: CRITERIOS DE ROMA

- Según los Criterios de Roma IV, el estándar de oro para el diagnóstico de los trastornos funcionales gastrointestinales, el estreñimiento funcional se define:
- por un conjunto de síntomas específicos que reflejan la dificultad y la insatisfacción en la evacuación.

El diagnóstico del estreñimiento funcional en adultos se establece cuando un paciente experimenta dos o más de los siguientes síntomas de forma recurrente:

- Esfuerzo excesivo durante más del 25% de las defecaciones.
- Heces duras o grumosas (correspondientes a los tipos 1 o 2 en la Escala de Heces de Bristol) en más del 25% de las defecaciones.
- Sensación de evacuación incompleta en más del 25% de las defecaciones.
- Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal en más del 25% de las defecaciones.
- Necesidad de maniobras manuales para facilitar la evacuación (como la extracción digital o el soporte del suelo pélvico) en más del 25% de las defecaciones.
- Menos de tres deposiciones espontáneas completas a la semana.

Además de la presencia de estos síntomas, para un diagnóstico formal de estreñimiento funcional se deben cumplir dos condiciones adicionales:

- Las heces blandas o líquidas son raras sin el uso de laxantes.
- No deben existir criterios suficientes para el diagnóstico del Síndrome del Intestino Irritable con estreñimiento (SII-E), donde el dolor abdominal es un síntoma predominante.

Criterio Temporal: La Clave de la Cronicidad

- Un aspecto fundamental de los Criterios de Roma IV es el factor tiempo. Para que el estreñimiento se considere un trastorno funcional crónico, los síntomas deben haber comenzado como mínimo seis meses antes del diagnóstico y haber estado presentes de forma activa durante los últimos tres meses.
- Esta rigurosa definición permite a los profesionales de la salud diferenciar el estreñimiento crónico funcional de episodios agudos o transitorios y de otras patologías, asegurando un diagnóstico preciso y un enfoque terapéutico adecuado.

disfunción de los reflejos que van desde el intestino a los ganglios simpáticos prevertebrales y vuelven al tubo digestivo:

1. Gastrocólico: la dilatación del estómago provoca la evacuación del colon. Tras tres minutos de estiramiento del estómago las heces llegan al colon.

2.- Gastroileal: la distensión mecánica del estómago (por técnica fascial o comida) o el aumento de la actividad gástrica por alcalinidad u osmolalidad isotónica provoca el vaciado ileal al colon y , rápidamente , si hay una buena hidratación fecal , la comida llega al recto. Hormonalmente la gastrina liberada por la distensión gástrica pasa a la sangre y , al llegar al intestino, estimula el peristaltismo ileal y la relajación de la válvula íleo-cecal. La gastrina estimula tb la motilidad del colon.

3.- Ileogástrico o enterogástrico: la distensión duodenal (técnicas para el duodeno) inhibe la secreción y la motilidad gástrica.

PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

- Trabajar el sistema vagal y el sistema parasimpático pélvico, trabajando sobre las aferencias, las células enterocromafines y el pH intestinal, con el fin de ↑ peristaltismo, relajar el esfínter anal interno y provocar el reflejo de defecación fuerte.
- Supresión de la sensibilización simpática (↓ peristaltismo, contrae el esfínter anal interno):
 - Válvula ileocecal D10-D11
 - Ciego D10-D11
 - Colon ascendente D11-D12
 - Colon transversal D12-L1
 - Colon descendente y sigmoideos L1-L2
- Tratar los espasmos del colon sigmoideos.

Los perfiles psicológicos que predisponen al estreñimiento y que suponen entre el 15 al 50% de los casos:

- Meticuloso obsesivo: es preciso en la narración de los síntomas y de los efectos terapéuticos; memoriza detalles poco importantes.
- Obseso fecal: es preciso en la descripción sus heces, ritmo de defecación, color, consistencia, olor; utiliza con rito los laxantes, enemas y supositorios.
- Histerofóbico: cuyo discurso seductor comprende elementos contradictorios, poco precisos o de fabulación.



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

europeanjournalosteopathy.com