

# ERRORES FRECUENTES EN EL DIAGNÓSTICO DEL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO DEL ADULTO: CASOS CLÍNICOS.

COMMON MISTAKES IN THE DIAGNOSIS OF CHRONIC CONSTIPATION IN ADULTS: CLINICAL CASES.

A. Viejo-Almanzor, M.J. Soria-de la Cruz

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

## Resumen

El estreñimiento crónico del adulto es una patología muy frecuente, con una prevalencia de hasta el 24% en la población general, que llega a ser hasta del 80% en la población anciana.

Se define en función del número de deposiciones, la dificultad para defecar y/o el cambio en la consistencia de las deposiciones. Además hay otra serie de síntomas acompañantes que se deben tener en cuenta como el dolor abdominal, distensión, sensación de evacuación incompleta, etc.

El estreñimiento se clasifica según su etiología en primario, por alteración de la función colónica o anorrectal, y secundario, por enfermedades propias del colon, alteraciones metabólicas o neurológicas, o como consecuencia del uso de ciertos fármacos.

Para realizar un diagnóstico adecuado del estreñimiento crónico, es fundamental realizar una buena anamnesis, saber identificar los criterios de alarma y hacer una adecuada exploración física, tanto abdominal como anorrectal. De este modo evitaremos la realización de pruebas complementarias de forma injustificada, las cuales quedarán reservadas para casos en los que haya síntomas de alarma o estén en rango de cribado poblacional de cáncer colorrectal. Las pruebas funcionales como la manometría anorrectal, el test de expulsión del balón, la defecografía y el tránsito colónico, nos permitirán hacer un enfoque fisiopatológico del problema y quedarán reservadas a un segundo escalón diagnóstico.

**Palabras claves:** estreñimiento crónico, diagnóstico, errores frecuentes.

## Abstract

Chronic constipation in adults is a very frequent pathology, with a prevalence of up to 24% in the general population, which reaches up to 80% in the elderly population.

It is defined according to the number of bowel movements, the difficulty to defecate and/or the change in the consistency of bowel

### CORRESPONDENCIA

Alejandro Viejo Almanzor  
Hospital Universitario Puerta del Mar  
11009 Cádiz  
[dr.a.viejo@gmail.com](mailto:dr.a.viejo@gmail.com)

Fecha de envío: 09/12/2018

Fecha de aceptación: 13/01/2019

movements. In addition, there is another series of accompanying symptoms that must be taken into account such as abdominal pain, distension, incomplete evacuation sensation, etc.

Constipation is classified according to its etiology in primary, by alteration of the colonic or anorectal function, and secondary, by own diseases of the colon, metabolic or neurological alterations, or as a consequence of the use of certain drugs.

To make an adequate diagnosis of chronic constipation, it is essential to make a good anamnesis, know how to identify the alarm criteria and make an adequate physical examination, both abdominal and anorectal. This way, we will avoid carrying out complementary tests in an unjustified way, which will be reserved for cases in which there are alarm symptoms or are in the range of population screening for colorectal cancer. Functional tests such as anorectal manometry, balloon expulsion test, defecography and colonic transit will allow us to make a pathophysiological approach to the problem and will be reserved for a second diagnostic step.

**Keywords:** chronic constipation, diagnosis, common mistakes.

## Introducción

El estreñimiento crónico del adulto es una patología muy frecuente, con una prevalencia en la población general que oscila entre el 2-24% en función de las series, siendo esta desigualdad debida a una falta de homogeneidad en su definición<sup>1</sup>.

La prevalencia aumenta con la edad, llegando a ser de hasta el 80% en la población anciana, lo que se justifica por la disminución de la actividad física, cambios en la dieta, comorbilidades y los fármacos<sup>1</sup>.

Como factores de riesgo globales destacan el sexo femenino, el sedentarismo, el tipo de dieta y factores neuromusculares que afectan a la motilidad colónica<sup>2</sup>.

## Definición

Entendemos por estreñimiento una disminución de la frecuencia de las deposiciones, una dificultad para defecar o un aumento en la consistencia de las heces, pero no disponemos de una definición concreta aceptada por la comunidad científica internacional<sup>1</sup>. Habitualmente los sanitarios nos centramos más en la frecuencia y consistencia de las deposiciones, mientras que los pacientes les pueden dar más valor a otros síntomas como son la sensación de evacuación incompleta, el esfuerzo defecatorio marcado o la presencia de dolor abdominal y distensión.

Según la Asociación Americana de Gastroenterología<sup>2</sup>, el estreñimiento se podría definir como la realización de menos de tres deposiciones satisfactorias a la semana. Según los Criterios de Roma IV<sup>3</sup>, para poder hablar de estreñimiento se deben tener en cuenta otros síntomas asociados como es el dolor abdominal, para poder diferenciar así dentro del espectro de pacientes que presentan

estreñimiento, el estreñimiento crónico funcional del síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento.

## Clasificación

En función de su etiología, el estreñimiento se clasifica en estreñimiento primario o secundario<sup>4</sup>.

El estreñimiento primario se debe a alteraciones de la funcionalidad colónica o de la función anorrectal. En función del tránsito colónico y la función anorrectal, se subdivide en estreñimiento con tránsito normal, estreñimiento con tránsito lento y estreñimiento asociado a disfunción anorrectal. En este último grupo puede existir una alteración anatómica subyacente que dificulte la defecación, como sería un rectocele o un prolapso rectal; o puede haber una evacuación incompleta por alteración de la propulsión rectal o incremento de la resistencia para la evacuación. Podremos encontrar una presión de reposo elevada del canal anal (anismo) o una contracción paradójica del suelo pélvico y los esfínteres durante la maniobra de defecación (disinergia). Si tenemos en cuenta para su clasificación otros síntomas asociados al estreñimiento, como es el dolor abdominal, basándonos en los Criterios de Roma IV diferenciaremos pacientes con estreñimiento crónico funcional de pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento, en los cuales el dolor abdominal estará más presente y relacionado con las deposiciones que en el grupo anterior.

El estreñimiento secundario se debe a otras patologías/circunstancias que cursan con este síntoma y es fundamental su reconocimiento para poder aplicar un tratamiento dirigido y específico a la patología subyacente. El estreñimiento puede ser secundario a enfermedades orgánicas (estenosis benignas/neoplásicas del colon, megacolon, fisuras anales, etc.), a alteraciones metabólicas (diabetes mellitus, hipotiroidismo, trastornos iónicos de calcio y potasio, etc.), alteraciones neurológicas (esclerosis múltiple, Parkinson, lesionados medulares, etc.) y a efectos secundarios de fármacos, entre los que cabe destacar los opiáceos.

El estreñimiento inducido por opiáceos<sup>3</sup> no es considerado como un trastorno funcional sino como un efecto secundario al tratamiento farmacológico. Se define como un cambio en el ritmo deposicional tras comenzar con estos tratamientos, y presenta una prevalencia de hasta el 41% entre los pacientes en tratamiento por dolor crónico no oncológico, llegando a ser del 94% entre los pacientes oncológicos. Lo habitual es que con una adecuada anamnesis en la que comprobemos la relación temporal y una buena exploración física podamos establecer el diagnóstico de esta entidad, realizando pruebas complementarias sólo en casos de que existan criterios de alarma y considerando la edad y tiempo de evolución como factores determinantes.

## Diagnóstico

El diagnóstico del estreñimiento crónico se basa en una adecuada anamnesis y exploración física<sup>2,4</sup>.

En la anamnesis debemos centrarnos en recoger información acerca de la duración de los síntomas, la frecuencia y consistencia de

las deposiciones, necesidad de realizar esfuerzo defecatorio marcado, existencia de sensación de evacuación incompleta o de dificultad para la evacuación que precise de maniobras complementarias como digitación rectal/vaginal y/o compresión perineal. Así mismo debemos reflejar la presencia de dolor anal, prolapso rectal, antecedentes obstétricos, cirugía en la región perianal y otros síntomas asociados como dolor abdominal o distensión.

En la exploración física<sup>2</sup>, se incluye tanto la abdominal como la anorrectal. Mediante la palpación abdominal habrá que descartar la presencia de masas y organomegalias palpables.

En cuanto a la exploración anorrectal, se debe hacer en condiciones de intimidad adecuadas, con buena iluminación, en decúbito lateral izquierdo o posición genupectoral. Debemos solicitar al paciente la realización de maniobras simuladas tanto de defecación como de contracción, donde podremos valorar el ascenso/descenso adecuado del periné durante dichas maniobras así como la presencia o no de prolapso rectal durante las mismas. Mediante una buena exposición anal y de los pliegues cutáneos perianales, debemos descartar la presencia de fisuras, fístulas y colgajos cutáneos como datos de complicaciones por estreñimiento crónico. La exploración se completa con un tacto rectal, donde valoraremos el tono del esfínter anal tanto basal como en contracción, la presencia de dolor a la tracción del músculo puborrectal que nos haga sospechar un síndrome del elevador del ano, la presencia de masas o estenosis en la ampolla rectal, y la adecuada relación del esfínter durante una maniobra de defecación simulada.

Es fundamental saber identificar si el paciente presenta algún criterio de alarma<sup>4</sup> que justifique la realización de pruebas complementarias para descartar organicidad, como son:

- Antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal, poliposis intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celíaca.
- Inicio de los síntomas a partir de los 50 años.
- Cambios recientes del ritmo deposicional habitual.
- Signos y síntomas de alarma que pueden indicar organicidad.
  - Síntomas nocturnos.
  - Fiebre.
  - Anemia.
  - Pérdida de peso no intencionada ni justificada.
  - Sangre en heces.
  - Dolor abdominal importante.
  - Exploración física patológica: masa abdominal palpable, visceromegalias, tacto rectal patológico.

## Pruebas complementarias

Las guías de práctica clínica<sup>1,4</sup> recomiendan únicamente la realización de un hemograma completo para descartar anemia y/o leucocitosis, en los casos en los que no existan criterios de alarma ni síntomas sugestivos de enfermedad metabólica subyacente. En estos casos estaría indicada la realización de una bioquímica general para valorar las cifras de glucemia, iones y hormonas tiroideas.

En cuanto a la realización de colonoscopia, está indicada para descartar organicidad si presenta datos de alarma, antecedentes familiares de cáncer colorrectal o el paciente se encuentra en rango de edad para la realización de screening poblacional.

Las pruebas funcionales anorrectales y del colon, van a permitir la realización de un enfoque fisiopatológico del estreñimiento<sup>4,5</sup>. Por su disponibilidad limitada así como por la dificultad para la interpretación de sus resultados en ciertos casos, se consideran un segundo escalón en el proceso diagnóstico. Es conocido que hasta un 20% de la población sana presentará datos en las pruebas funcionales compatibles con una contracción paradójica del suelo pélvico; pacientes con fisuras anales presentan hipertonia basal de la presión del esfínter anal; la hiposensibilidad rectal<sup>6</sup> no tendrá el mismo significado en un paciente con estreñimiento crónico funcional que en lesionado medular, etc. Es por todo esto, por lo que no podemos hacer una valoración aislada de los resultados de las pruebas funcionales, y siempre debemos integrarlos con las características del paciente en cuestión.

Se deben solicitar cuando se sospeche un trastorno en la defecación y siempre tras haber hecho un tratamiento secuencial con laxantes. Las técnicas disponibles para alcanzar el diagnóstico son la manometría anorrectal, el test de expulsión del balón, la defecografía y el tránsito colónico.

## Caso Clínico 1

Mujer de 31 años que acude derivada desde su Médico de Atención Primaria a las consultas de Aparato Digestivo, por estreñimiento.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, fumadora y bebedora social, no enfermedades relevantes, intervenciones quirúrgicas ni tratamiento habitual.

Anamnesis: se trata de una paciente que presenta alteración del ritmo intestinal consistente en estreñimiento de años de duración, la cual podía estar hasta diez días sin presentar deposiciones. Las heces eran descritas como caprinas y se había automedicado con Aloe Vera e infusiones de herbolario, sin éxito. Ante la persistencia de los síntomas, su médico la deriva a las consultas. Se le pregunta acerca de pérdida de peso, que negó; y dolor abdominal, el cual refería que presentaba de forma ocasional y con intensidad leve-moderada. Así mismo comentaba que en las últimas semanas había observado pequeños restos de sangre roja en el papel.

Se le solicitó una analítica completa (hemograma, bioquímica, coagulación y hormonas tiroideas), una ecografía abdominal y una colonoscopia.

Se emitió un juicio clínico de posible síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento, y se le recomendó dieta rica en fibra e hidratación abundante en espera del resultado de las pruebas complementarias.

## Errores/Discusión

Se trata de una paciente joven, con estreñimiento crónico, a la cual no se le ha preguntado acerca de sus antecedentes familiares (abuelo diagnosticado a los 78 años de un CCR) ni se le ha realizado una exploración física (palpación abdominal normal, inspección anal con fisura anal en rafe posterior de aspecto subagudo, colgajos cutáneos no complicados, tacto rectal con discreta hipertonía del esfínter, ampolla rectal sin masas ni estenosis, heces sin productos patológicos).

Además se le ha solicitado una batería de pruebas complementarias que en caso de no presentar criterios de alarma, como es el caso, no estarían justificadas (analítica normal, ecografía normal, colonoscopia con datos de *Melanosis coli*).

Así mismo, los síntomas de la paciente son más sugestivos de estreñimiento crónico funcional que de SII con predominio de estreñimiento, por lo que un tratamiento con laxantes derivados del polietilenglicol sería lo más adecuado en su caso, asociando un tratamiento tópico para la fisura anal.

## Caso Clínico 2

Varón de 70 años que consulta en Urgencias por cuadro de estreñimiento de unos cuatro meses de evolución, con pérdida de peso de hasta 20 Kg. En las últimas semanas asociaba además dolor abdominal intermitente, sin clínica miccional, distérmica ni otra clínica acompañante<sup>7</sup>.

Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, no factores de riesgo cardiovasculares, síndrome depresivo en tratamiento con alprazolam, fluvoxamina, imipramina, lormetazepam. Estreñimiento en tratamiento con lactulosa.

Exploración física: regular estado general, caquético. Normotenso. Afebril. Bien hidratado y perfundido.

- Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos, disminución del MV, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo. Se aprecia en zona de fosa ilíaca izquierda-zona inguinal una masa abdominal de unos 5-7 cm de consistencia pétreo, no desplazable, ni reducible. Durante la exploración se objetivan heces de forma líquida, sin productos patológicos en el pañal.
- Tacto rectal: ampolla vacía, no se palpa fecaloma y el dedil se aprecia manchado de restos fecales.

Pruebas complementarias:

- Analítica (H-B-C): normal.
- Rx abdomen: abundantes heces en marco cólico.
- TAC abdominal: múltiples quistes simples distribuidos en ambos lóbulos hepáticos. Marco cólico en su totalidad ocupado por heces, hernia inguinal izquierda que contiene segmento corto del sigma. Calcificación de aorta infrarrenal y ambas arterias ilíacas, alteración de la trabeculación en acetábulo y pala ilíaca del lado izquierdo.

- Hallazgos compatibles con Hernia inguinal incarcerada.

Tratamiento: intervención quirúrgica urgente.

Evolución clínica: favorable, con resolución del síndrome constitucional y del estreñimiento.

## Discusión

Se trata de un paciente varón de edad avanzada, que consulta por estreñimiento de reciente aparición, con dolor abdominal importante y pérdida ponderal no justificada; todos ellos, datos de alarma. Además durante la exploración física, se palpa una masa abdominal, lo que nos sigue apoyando la hipótesis de que se trate de un cuadro de estreñimiento crónico secundario por probable patología a nivel de colon. Mediante el uso de técnicas de imagen, es diagnosticado de una obstrucción al tránsito colónico por una hernia inguinal incarcerada, cuyo tratamiento es finalmente quirúrgico, consiguiéndose así la resolución satisfactoria del cuadro clínico del paciente.

## Caso Clínico 3

Varón de 55 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude derivado desde otro centro para realización de estudio funcional anorrectal, por estreñimiento crónico de larga evolución que no mejora a pesar de tratamiento con procinéticos (prucalopride) y laxantes derivados del polietilenglicol.

Aportaba como pruebas complementarias una analítica (normal) y una colonoscopia (divertículos aislados en colon izquierdo). Realizamos una exploración física previa a la realización de las pruebas funcionales, en las que destacaba una contracción del esfínter durante la maniobra defecatoria.

Se realizó un estudio funcional anorrectal mediante una manometría anorrectal y un test de expulsión de balón. Con la manometría valoramos el perfil presivo del canal anal (tono basal y máxima capacidad de contracción voluntaria), el reflejo rectoanal inhibitorio, la sensibilidad rectal, la maniobra de Valsalva y la maniobra defecatoria. Con el test de expulsión evaluamos la capacidad de expulsión de un globo intrarrectal relleno de agua.

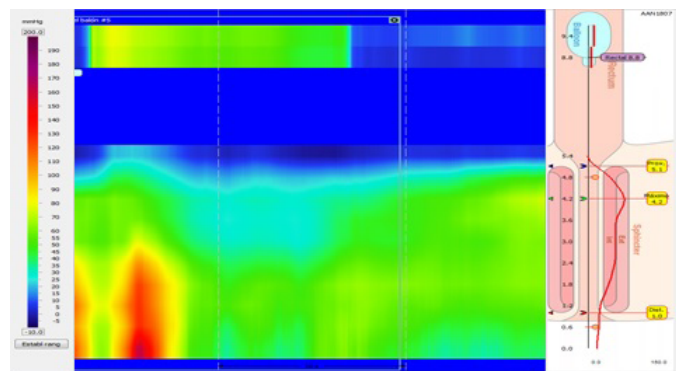
La sensibilidad rectal fue normal, con un primer umbral sensitivo en 30 cc (normal 30-40) y una sensación defecatoria en 70 cc (normal >60).

Los reflejos anorrectales, tanto el rectoanal inhibitorio a 50cc (**Figura 1**) como la contracción refleja por maniobra de Valsalva (**Figura 2**), fueron normales.

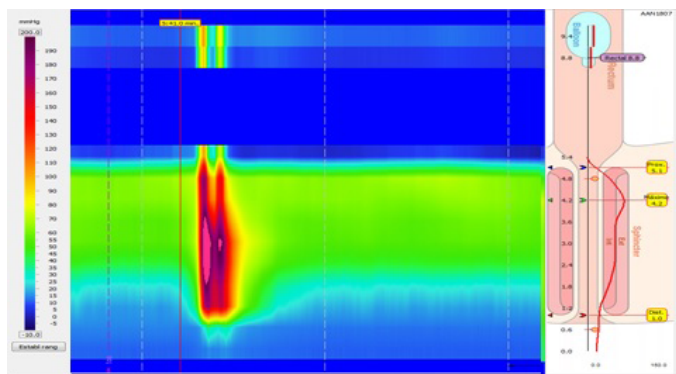
Las presiones del esfínter anal en reposo (80 mmHg) y en contracción voluntaria (219 mmHg) también fueron normales (**Figuras 3-4**), sin embargo, durante la maniobra defecatoria, se detectó una contracción anal anormal. A pesar de registrarse un buen aumento de la presión intrarrectal, éste no se seguía de una disminución de la presión del canal anal que facilitase la expulsión del contenido sino que se producía una contracción, un aumento de la

presión del canal. Dicho patrón se repitió en varias determinaciones (Figura 5).

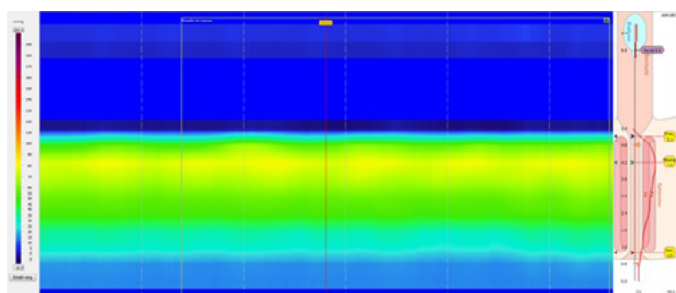
En cuanto al test de expulsión del balón, el cual se realizó en un cuarto de baño en condiciones de intimidad, se detectó una incapacidad de expulsión del balón a pesar de intentos repetidos durante más de tres minutos, siendo necesaria la extracción manual del mismo.



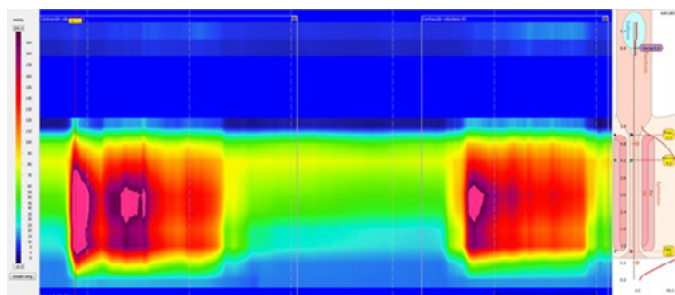
**Figura 1** Reflejo anorrectal inhibitorio: obsérvese el descenso de la presión de reposo del canal anal ante el aumento de la presión rectal.



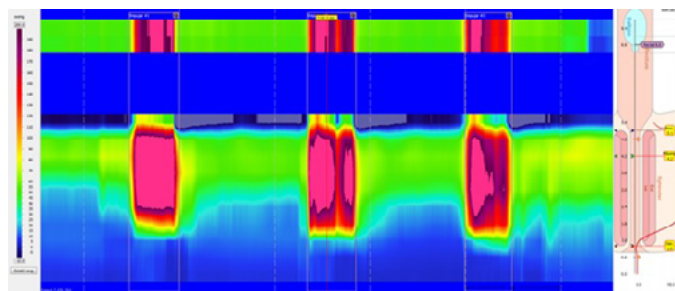
**Figura 2** Maniobra de Valsalva: obsérvese la contracción refleja del canal anal producida al invitar al paciente a toser.



**Figura 3** Presión de reposo del canal anal.



**Figura 4** Presión del canal anal ante contracciones voluntarias del esfínter.



**Figura 5** Contracción paradójica del canal anal: a pesar del aumento de la presión intrarrectal, ésta no se sigue de una disminución de presión (relajación) del canal, sino que por el contrario se registra un aumento de la presión: DISINERGIA DEFECATORIA.

Ante estos resultados, la clínica y la exploración física del paciente, se emitió el diagnóstico de defecación disinérgica.

Se explicó al paciente dónde residía el problema de su trastorno defecatorio y se le dieron una serie de recomendaciones en cuanto a laxantes mediante la combinación de linaclotida con magnesio y parafina líquida, en espera de comenzar el tratamiento con *biofeedback* (BFB) considerado de elección en este trastorno.

Durante la realización del BFB y manteniendo la linaclotida en combinación, el paciente presentó mejoría clínica parcial (deposiciones diarias con menor esfuerzo defecatorio) aunque la prueba de expulsión de balón en condiciones de intimidad seguía siendo patológica, necesitando de su retirada manual. Durante el transcurso de estas sesiones de BFB, el paciente comentó estar en tratamiento sustitutivo con metadona, lo que podría justificar que no se consiguiera un resultado completamente satisfactorio con la rehabilitación anorrectal, dada la relación de los mórficos con la disinergia.

**Discusión**

Se trata de un varón de 55 años, sin criterios de alarma, en el cual ya se había realizado una colonoscopia por estar en rango de edad de cribado poblacional y se había realizado un tratamiento con laxantes como primer escalón antes de proseguir con el estudio

funcional. Destacar en este caso, la importancia de la exploración física dinámica, mediante la realización de maniobras simuladas de defecación y contracción, ya que tienen muy buena correlación con los resultados posteriores de las pruebas funcionales anorrectales. En este caso, el tratamiento de elección es el *biofeedback*.

Se vuelve a comprobar en este caso cómo una buena historia clínica es siempre necesaria para poder llegar al diagnóstico y al tratamiento del paciente. No fue hasta final cuando se descubrió el uso de mórnicos, los cuales podrían ser causa de la disineria y de los resultados limitados obtenidos con el BFB.

## Bibliografía

1. Krogh K, Chiaroni G, Whitehead W. Management of chronic constipation in adults. UEG Journal 2017; 5: 465-472.
2. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. Gastroenterology 2013; 144: 218–238.
3. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, Spiller Robin. Bowel disorders. Gastroenterology 2016; 150: 1393-1407.
4. Mearin F, Ciriza C, Minguez M, Rey E, Mascort JJ, Pena E, et al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. Rev Esp Enferm Dig 2016; 108: 332---363.
5. Mínguez M, Más P. Estreñimiento funcional: diagnóstico. En "Tratado de Neurogastroenterología y Motilidad Digestiva. 2014, Editorial Panamericana. Pg 87-93.
6. Burgell RE, Scott SM. Rectal hyposensitivity. J Neurogastroenterol Motil 2012; 18: 373-384.
7. García JI, Ventura M, Peña E, Domingo E. Dolor abdominal urgente: diagnóstico diferencial del estreñimiento. Semergen. 2014; 40: e51---e56.