

Utilidad de las pruebas diagnósticas en el estreñimiento

Elizabeth Barba-Orozco 

Unidad de Neurogastroenterología y Motilidad Digestiva, Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínica, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Resumen

La evaluación del estreñimiento debe abordarse de manera selectiva y escalonada, con el objetivo de identificar el mecanismo fisiopatológico subyacente causante de los síntomas y de guiar las decisiones terapéuticas, más que «confirmar» un diagnóstico. Las pruebas complementarias están indicadas principalmente en el estreñimiento refractario, tras el fracaso de un manejo inicial adecuado, y solo cuando sus resultados pueden modificar la conducta clínica. Una proporción significativa de pacientes presentan trastornos de la evacuación, con frecuencia no reconocidos, que pueden coexistir con un tránsito colónico lento o contribuir a su desarrollo. En este contexto, la evaluación funcional anorrectal mediante manometría y test de expulsión del balón constituye el primer escalón diagnóstico, al permitir la identificación de pacientes candidatos a biorretroalimentación anorrectal, considerada el tratamiento de elección en estos casos. Los estudios de tránsito colónico se reservan como pruebas de segunda línea, en especial cuando los síntomas persisten tras excluir o tratar un trastorno evacuatorio, o antes de decisiones terapéuticas avanzadas, como cirugía. La defecografía desempeña un papel complementario y selectivo, siendo útil ante la sospecha de alteraciones anatómicas dinámicas o cuando los estudios funcionales resultan inconclusos. En conjunto, se subraya que la utilidad de las pruebas radica en su correcta indicación e integración clínica, evitando estudios innecesarios y tratamientos inapropiados.

Palabras clave: Estreñimiento crónico. Estreñimiento refractario. Trastornos de la defecación. Manometría anorrectal. Tránsito colónico. Defecografía.

Usefulness of diagnostic tests in constipation

Abstract

The evaluation of constipation should be approached in a selective and stepwise manner, with the aim of identifying the underlying pathophysiological mechanism responsible for symptoms and guiding therapeutic decision-making, rather than merely “confirming” a diagnosis. Complementary diagnostic tests are primarily indicated in refractory constipation, following the failure of appropriate initial management, and only when their results are likely to modify clinical management. A substantial proportion of patients present with defecatory disorders, which are frequently underrecognized and may coexist with or contribute to slow colonic transit. In this context, anorectal functional evaluation, including anorectal manometry and the balloon expulsion test, represents the first diagnostic step, as it allows the identification of patients who are candidates for anorectal biofeedback, the treatment of choice in these cases. Colonic transit studies should be reserved as second-line investigations, particularly when symptoms persist after exclusion or treatment of a defecatory disorder, or prior to considering advanced therapeutic interventions, such as surgery. Defecography plays a complementary and selective role, proving useful when

Correspondencia:

Elizabeth Barba-Orozco
E-mail: barba@clinic.cat

Fecha de recepción: 01-02-2026

Fecha de aceptación: 12-03-2026

DOI: 10.24875/CGM.26000012

Disponible en línea: 19-06-2026

Clín. Gastroenterol. Méx. 2026;2(2):110-116

www.clinicastroenterologiademexico.com

3081-4928 / © 2026 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

dynamic anatomical abnormalities are suspected or when functional test results are inconclusive. Overall, it is emphasized that the value of diagnostic testing lies in its appropriate indication and clinical integration, thereby avoiding unnecessary investigations and inappropriate treatments.

Keywords: Chronic constipation. Refractory constipation. Defecatory disorders. Anorectal manometry. Colonic transit. Defecography.

Introducción

El abordaje diagnóstico del estreñimiento debe ser selectivo, dirigido y escalonado, evitando tanto la infrautilización como el uso indiscriminado de pruebas. Las exploraciones diagnósticas no tienen como objetivo «confirmar» el estreñimiento, sino identificar su mecanismo subyacente, diferenciar subtipos fisiopatológicos y orientar decisiones terapéuticas específicas.

En los pacientes con estreñimiento persistente pese a las medidas iniciales, la evaluación funcional permite distinguir entre alteraciones del tránsito colónico, trastornos de la evacuación o combinaciones de ambos, escenarios que requieren estrategias terapéuticas claramente diferenciadas.

Antes de solicitar cualquier prueba para el estudio del estreñimiento deben cumplirse tres premisas fundamentales:

- Debe existir una pregunta clínica concreta (¿tránsito lento?, ¿trastorno evacuatorio?, ¿disfunción sensitiva?).
- ¿Existe fracaso o respuesta subóptima al tratamiento inicial?

Las pruebas están indicadas principalmente en el estreñimiento refractario.

- ¿La prueba tiene la capacidad para modificar la conducta terapéutica?

Una prueba que no cambia el manejo carece de utilidad clínica.

El diagnóstico del estreñimiento crónico debe basarse en una anamnesis detallada y una exploración física completa, con especial énfasis en el tacto rectal dinámico. Por otro lado, es fundamental confirmar que el paciente haya recibido un manejo terapéutico inicial adecuado, incluyendo modificaciones dietéticas, incremento de la actividad física, uso de fibra cuando esté indicado y tratamiento con laxantes osmóticos¹.

El estreñimiento refractario debe cumplir los siguientes criterios²:

- El paciente debe satisfacer criterios diagnósticos de estreñimiento crónico o síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento.
- Persistencia de los síntomas a pesar de un manejo apropiado con medidas dietéticas y de estilo de vida,

uso adecuado de laxantes de venta libre y tratamientos farmacológicos aprobados cuando estén indicados.

- Presencia de una o más de las siguientes características clínicas: menos de tres deposiciones completas por semana, esfuerzo evacuatorio persistente o progresivo, ausencia de mejoría en la consistencia fecal (Bristol < 3) pese al tratamiento, mejoría clínica insuficiente desde la perspectiva del paciente, intolerancia o efectos adversos que hagan inaceptable el tratamiento.

La ausencia de respuesta a estas medidas y el estreñimiento refractario, que se define como la persistencia de evacuaciones infrecuentes o defecación insatisfactoria, con o sin dolor abdominal, a pesar de un tratamiento adecuado², constituyen los criterios clínicos para iniciar la evaluación fisiológica.

Importancia de la caracterización fisiopatológica

Diversos estudios han demostrado que hasta el 40% de los pacientes con estreñimiento crónico presentan un trastorno de la defecación, principalmente disineria defecatoria. Esta condición puede coexistir con un tránsito colónico lento o inducirlo de manera secundaria mediante reflejos inhibitorios rectocolónicos, lo que genera una importante superposición entre ambos fenotipos¹. El estreñimiento refractario no constituye una afección homogénea, sino que es el resultado de distintos mecanismos fisiopatológicos que incluyen alteraciones del tránsito colónico, trastornos de la evacuación rectal y, en algunos casos, dismotilidad gastrointestinal multirregional. Por esta razón, la evaluación diagnóstica debe seguir una secuencia estructurada que permita identificar primero los trastornos evacuatorios antes de atribuir los síntomas a una disfunción primaria del colon.

Estudios de motilidad

Aproximadamente un 35-40% de los pacientes con estreñimiento crónico evaluados mediante pruebas

anorrectales presentan un trastorno de la defecación no diagnosticado ni tratado adecuadamente³. Este se define por la presencia de estreñimiento asociado a una evacuación rectal ineficaz, secundaria a una fuerza propulsiva rectal insuficiente o a una relajación anal inadecuada, o ambas. Para la evaluación específica de la función colónica y anorrectal, los métodos más utilizados son la manometría anorrectal y el estudio del tiempo de tránsito colónico⁴.

Manometría anorrectal y prueba de expulsión del balón

La manometría anorrectal combinada con la prueba de expulsión del balón suele ser suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno de la defecación, y constituye la piedra angular de su manejo. Además, estas pruebas permiten predecir qué pacientes se beneficiarán de la biorretroalimentación, optimizando el uso de los recursos terapéuticos.

La manometría anorrectal evalúa el tono anal en reposo y durante la contracción voluntaria, la respuesta motora refleja del esfínter anal externo con la maniobra de la tos, la coordinación rectoanal durante el esfuerzo defecatorio, la generación de fuerza propulsiva rectal y el grado de relajación del esfínter anal, la sensibilidad rectal y la integridad del reflejo inhibitorio rectoanal⁵. A partir de estas mediciones se calcula el gradiente rectoanal, el cual puede ser reducido o negativo durante el esfuerzo defecatorio. Los hallazgos más relevantes para la identificación de un trastorno de la defecación son un gradiente rectoanal reducido o negativo durante el pujo, una prueba de expulsión del balón prolongada (> 1 minuto) y una evacuación incompleta en la defecografía. Otros hallazgos frecuentemente asociados son una presión basal elevada (anismo) y una relajación anal insuficiente durante el esfuerzo.

Aunque la manometría anorrectal de alta resolución ofrece una caracterización espacial de las presiones anorrectales, el gradiente rectoanal puede ser negativo incluso en sujetos asintomáticos, lo que limita su valor diagnóstico aislado. Esta información es esencial para identificar patrones de disinergia defecatoria, anismo o alteraciones sensoriales; sin embargo, la manometría no reproduce por completo la defecación fisiológica y su interpretación depende en gran medida de la experiencia del explorador, por lo que no debe considerarse como una prueba única, sino que debe ser complementada con una prueba de expulsión del balón⁶. Esta última es una de las pruebas más útiles

y prácticas para el cribado de la disfunción evacuatoria. Consiste en la colocación de un balón en el recto, el cual se insufla con 50 ml de agua, y se solicita al paciente que acuda al inodoro e intente expulsarlo. El resultado se considera normal cuando la expulsión ocurre en menos de 1 minuto, mientras que un tiempo mayor sugiere una alteración del mecanismo defecatorio. Su sencillez, bajo costo y buena correlación con la disinergia defecatoria explican su amplio uso en la práctica clínica, incluso en centros con recursos limitados. No obstante, la prueba de expulsión del balón no identifica el mecanismo fisiopatológico subyacente y puede ser normal en un subgrupo de pacientes con trastornos de la evacuación, lo que refuerza la necesidad de una interpretación conjunta con otras pruebas⁷.

El diagnóstico de trastorno de la defecación se establece cuando al menos dos de tres pruebas son anormales: manometría anorrectal, prueba de expulsión del balón o defecografía. En los pacientes con hallazgos compatibles con un trastorno de la defecación asociado a alteraciones en la coordinación rectoanal, el tratamiento mediante biorretroalimentación del suelo pélvico representa la intervención terapéutica de elección, con unas tasas de respuesta superiores a las observadas con el tratamiento farmacológico aislado⁸. La normalización de la prueba de expulsión tras la terapia constituye un marcador objetivo de resolución del trastorno evacuatorio. Un metaanálisis señaló que el 50% de los pacientes con estreñimiento crónico tienen defecación disinérgica según la manometría anorrectal⁹, en comparación con el 60% de los pacientes con defecación disinérgica con un tiempo de tránsito colónico retardado, que puede ser secundario al trastorno de la evacuación¹⁰. El tránsito colónico podría acelerarse y los síntomas pueden mejorar o incluso resolverse con el tratamiento del trastorno de la evacuación. Haga clic o pulse aquí para escribir texto.^{11,12} Por lo tanto, el tránsito colónico lento no refleja de forma aislada una inercia colónica y no implica un trastorno de la motilidad colónica como única causa del estreñimiento.

Evaluación del tránsito colónico

Los estudios de tránsito colónico – incluyendo marcadores radioopacos, gammagrafía colónica y cápsula inalámbrica de motilidad – se consideran herramientas fisiológicas de segunda línea en la evaluación del estreñimiento funcional del adulto. Su indicación no es sistemática en las fases iniciales, sino que se vuelve

necesaria en contextos clínicos específicos, fundamentalmente en pacientes con estreñimiento refractario tras una evaluación y un tratamiento adecuados del compartimento anorrectal¹³. En este contexto, la determinación del tránsito colónico permite diferenciar entre estreñimiento de tránsito normal y estreñimiento por tránsito colónico lento, información esencial para orientar las decisiones terapéuticas posteriores. La confirmación de tránsito lento puede justificar la intensificación del tratamiento farmacológico mediante estrategias más agresivas, como el uso combinado de secretagogos, estimulantes a dosis altas o fármacos procinéticos fuera de indicación, mientras que un tránsito normal obliga a reconsiderar mecanismos alternativos causantes de los síntomas y limita la indicación de intervenciones invasivas (Fig. 1).

Una segunda indicación fundamental corresponde a los pacientes cuyos síntomas persisten tras un tratamiento eficaz del trastorno defecatorio, en particular después de la rehabilitación mediante biorretroalimentación, o en aquellos en los que dicho trastorno ha sido razonablemente excluido mediante pruebas fisiológicas adecuadas^{3,13}. La literatura especializada enfatiza que solo en esta fase posterior a la evaluación anorrectal debe realizarse el estudio del tránsito colónico, con el objetivo de identificar un posible tránsito lento coexistente que explique la persistencia de los síntomas.

El estudio del tránsito colónico también resulta imprescindible en el proceso de toma de decisiones quirúrgicas, en particular antes de considerar una colectomía subtotal o terapias de neuromodulación. Diversos consensos internacionales y análisis posteriores coinciden en que la demostración objetiva de un tránsito colónico marcadamente enlentecido constituye un requisito indispensable antes de la cirugía, mientras que la presencia de un tránsito normal representa una contraindicación absoluta o casi absoluta³. Los estudios recientes han demostrado que, al aplicar unos criterios estrictos de selección basados en el tránsito colónico y la función anorrectal, solo una minoría de los pacientes con estreñimiento refractario cumplen realmente los criterios para colectomía, siendo excluidos la mayoría por tránsito gastrointestinal normal o disfunción esfinteriana concomitante.

El objetivo del tránsito colónico es caracterizar la función motora del colon y diferenciar entre estreñimiento de tránsito normal, estreñimiento por tránsito colónico lento y formas mixtas^{3,4,15}.

Los métodos disponibles para evaluar el tiempo de tránsito colónico incluyen el estudio con marcadores radioopacos, la gammagrafía colónica y la cápsula de

motilidad inalámbrica, que ofrece una visión más global del tránsito gastrointestinal, permitiendo evaluar de manera segmentaria el vaciamiento gástrico, el tránsito intestinal y el tránsito colónico en un mismo estudio. Su principal utilidad es en pacientes con sospecha de trastornos motores generalizados o con síntomas superpuestos, como distensión abdominal, dispepsia y estreñimiento. No obstante, su elevado coste y la disponibilidad limitada, así como el impacto terapéutico aún controvertido, restringen su uso a casos seleccionados^{3,4,15}. El estudio con marcadores radioopacos es el más utilizado en la práctica clínica debido a su amplia disponibilidad, bajo coste y buena capacidad para discriminar entre tránsito normal y tránsito enlentecido, así como para identificar patrones de retención difusa o distal¹⁶. El tiempo de tránsito colónico se evalúa mediante la ingestión de marcadores radioopacos, utilizando protocolos de ingestión única o seriada. En el método seriado, el paciente ingiere una cápsula diaria con 20 marcadores durante 3 días consecutivos, y se realiza una radiografía simple de abdomen los días cuarto y séptimo. El número total de marcadores retenidos permite estimar el tiempo de tránsito colónico global; se considera normal la retención de ≤ 20 marcadores. La distribución segmentaria de los marcadores – colon derecho, colon izquierdo y rectosigmoide – se utiliza para identificar patrones de tránsito normal, tránsito colónico lento o retención distal sugestiva de trastorno defecatorio¹⁷.

Para una correcta interpretación, los pacientes deben suspender los laxantes al menos 7 días antes del estudio y los fármacos que enlentezcan el tránsito colónico durante 2 semanas¹⁵. No obstante, la reproducibilidad intraindividual es limitada, en especial en los pacientes con trastorno de la defecación o inercia colónica, por lo que puede ser necesario repetir el estudio, incluso durante el uso de laxantes¹⁷.

Existe un solapamiento significativo (hasta un 40%) entre tránsito lento y trastorno de la defecación, probablemente mediado por reflejos inhibitorios rectocolónicos secundarios a la retención fecal distal⁹. Un tránsito colónico normal bajo tratamiento laxante sugiere que los síntomas pueden deberse a un trastorno de la defecación, hipersensibilidad visceral o efectos adversos del tratamiento, mientras que un tránsito lento persistente apunta a una dismotilidad colónica primaria.

Utilidad de la defecografía en el estreñimiento

Las alteraciones anatómicas del compartimento anorrectal, tales como los rectoceles de gran tamaño o el

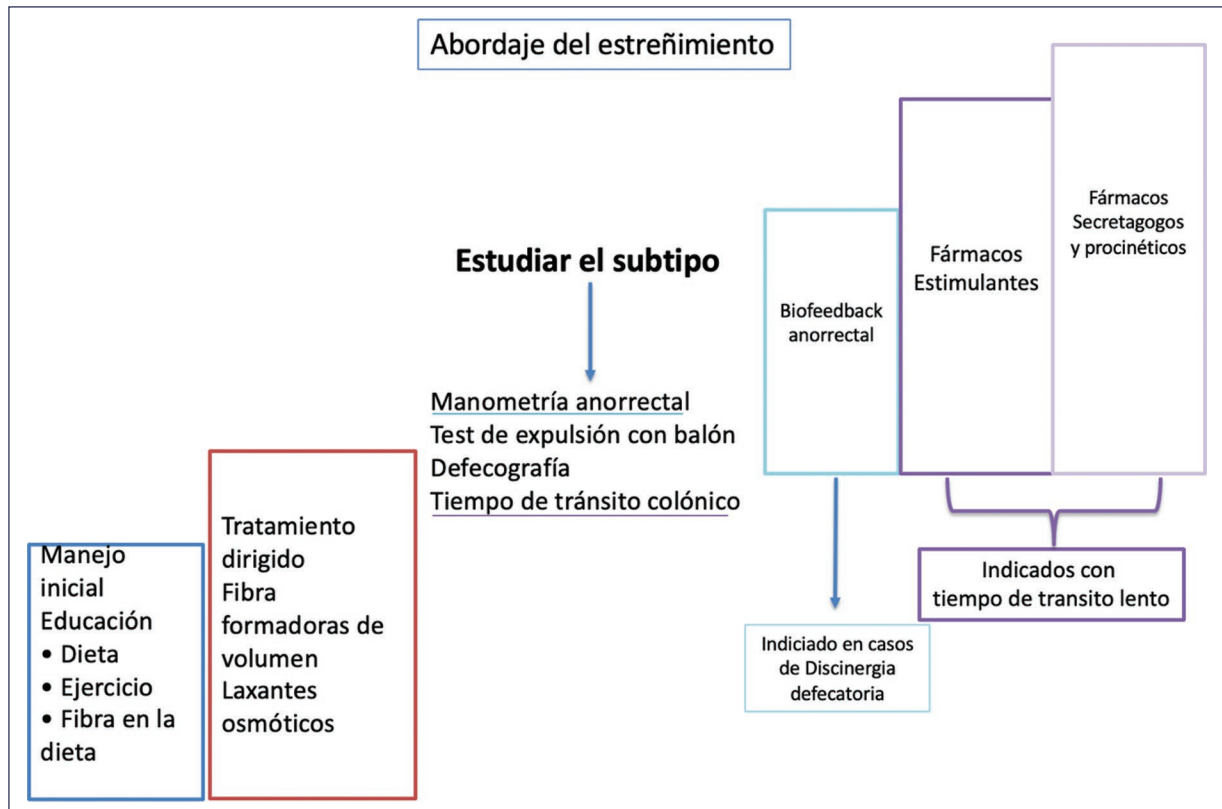


Figura 1. El tratamiento del estreñimiento es escalonado: inicia con educación, cambios dietéticos, ejercicio y aumento de fibra; si la respuesta es insuficiente, se añaden fibra formadora de volumen y laxantes osmóticos. Ante la falla terapéutica, se caracteriza el subtipo fisiopatológico con estudios funcionales. El tratamiento se individualiza según los hallazgos: biorretroalimentación en la disineria defecatoria y laxantes estimulantes, secretagogos o procinéticos en el estreñimiento por tránsito colónico lento.

prolapso de la mucosa rectal, pueden asociarse a estreñimiento distal al interferir mecánicamente con el proceso evacuatorio. Tanto la defecación disinérgica como estas anomalías estructurales constituyen condiciones fisiopatológicas diferenciadas que requieren abordajes terapéuticos específicos, por lo que su identificación resulta prioritaria antes de realizar una evaluación exhaustiva de la motilidad colónica. Cabe destacar que la semiología clínica presenta una capacidad discriminativa limitada para diferenciar entre los distintos subtipos de estreñimiento; en este sentido, la sensación de evacuación incompleta se ha descrito como un síntoma inespecífico, que puede derivar tanto de alteraciones en la coordinación defecatoria como de defectos anatómicos del suelo pélvico, incluyendo rectoceles voluminosos y prolapso mucoso. La defecografía constituye una herramienta complementaria dentro del algoritmo diagnóstico, pero no un estudio de primera línea^{8,13}. No reemplaza a la manometría, sino que cumple un papel específico en escenarios

seleccionados donde la información manométrica resulta insuficiente o incompleta para establecer el diagnóstico definitivo².

Una de las principales indicaciones de la defecografía es la evaluación de pacientes con síntomas sugestivos de obstrucción evacuatoria –como esfuerzo excesivo, sensación de bloqueo anal, evacuación incompleta o necesidad de maniobras digitales– cuando los hallazgos de la manometría anorrectal y la prueba de expulsión del balón son discordantes, limítrofes o no concluyentes¹⁸. En estas circunstancias, la defecografía permite una visualización directa del proceso evacuatorio, aportando información dinámica que no puede obtenerse mediante pruebas funcionales estáticas¹³.

Asimismo, la defecografía está particularmente indicada ante la sospecha de alteraciones anatómicas dinámicas del compartimento pélvico posterior; entre estas se incluyen el rectocele clínicamente significativo, la intususcepción rectorrectal o rectoanal,

el enterocele, el descenso perineal excesivo y el prolapso rectal interno o externo. Haga clic o pulse aquí para escribir texto^{13,18}. Estas afecciones no pueden diagnosticarse de manera adecuada mediante manometría anorrectal y requieren estudios de imagen durante el esfuerzo evacuatorio para su identificación y caracterización funcional²⁰.

Desde el punto de vista diagnóstico, numerosas revisiones centradas en los trastornos de la defecación establecen que el diagnóstico fisiopatológico requiere la coexistencia de síntomas compatibles, alteraciones manométricas y al menos una prueba adicional anormal, que puede ser la prueba de expulsión del balón, la defecografía o la demostración de retención distal en estudios de tránsito colónico^{4,8,21}. En ocasiones, la defecografía puede utilizarse como prueba confirmatoria cuando existe incertidumbre diagnóstica o cuando se requiere una evaluación más completa del mecanismo evacuatorio.

Otra indicación relevante de la defecografía es la evaluación preoperatoria de pacientes candidatos a cirugía pélvica o colorrectal. Las guías enfatizan que, antes de cualquier intervención dirigida a corregir la obstrucción defecatoria –como cirugía de rectocele o prolapso–, resulta imprescindible documentar con precisión la anatomía funcional y la coexistencia de múltiples defectos del piso pélvico^{15,21}. La defecografía cumple un papel central en este contexto, ya que permite identificar alteraciones combinadas que podrían condicionar el resultado quirúrgico y evitar procedimientos inadecuados.

Es importante destacar que la defecografía no debe solicitarse sistemáticamente ni como parte del estudio inicial del estreñimiento crónico. La evidencia disponible demuestra que una proporción significativa de los pacientes con trastornos de la defecación presentan un tránsito colónico lento secundario, el cual puede normalizarse con el tratamiento de bio-retroalimentación^{2,8,20}. Por esta razón, la realización precoz de estudios de imagen o de tránsito sin una evaluación anorrectal previa puede conducir a interpretaciones erróneas y a decisiones terapéuticas inapropiadas.

La defecografía debe reservarse para situaciones clínicas bien definidas: sospecha de patología estructural dinámica, resultados no concluyentes de la manometría y de la prueba de expulsión del balón, necesidad de confirmación diagnóstica del trastorno de la defecación o evaluación preoperatoria antes de cirugía pélvica o colorrectal^{1,8,13,18-20}. Su utilización indiscriminada no incrementa el rendimiento diagnóstico y puede

augmentar los costos, la exposición a radiación y la detección de hallazgos incidentales sin clara relevancia clínica.

En resumen, la defecografía está indicada cuando se requiere una evaluación directa de la evacuación para aclarar la etiología de los síntomas defecatorios, especialmente en el contexto de resultados inconclusos o discordantes de otras modalidades diagnósticas, o cuando se sospechan anomalías estructurales del suelo pélvico; constituye un estudio complementario de segunda línea dentro del abordaje contemporáneo del estreñimiento crónico. Su indicación debe ser individualizada y siempre integrada en un algoritmo diagnóstico escalonado que priorice la evaluación funcional anorrectal. Utilizada en el contexto adecuado, aporta información anatómica y dinámica de alto valor clínico; fuera de dicho contexto, su rendimiento diagnóstico es limitado y potencialmente confuso.

Conclusiones

El estreñimiento crónico es un síndrome clínico complejo y heterogéneo, cuya adecuada evaluación diagnóstica exige un enfoque fisiopatológico estructurado y escalonado. Las pruebas diagnósticas no deben emplearse de manera indiscriminada ni con fines meramente descriptivos, sino como herramientas dirigidas a identificar el mecanismo fisiopatológico predominante causante de los síntomas y a guiar decisiones terapéuticas con impacto clínico real. Una proporción sustancial de los pacientes con estreñimiento crónico presentan trastornos de la evacuación, a menudo no reconocidos en la evaluación inicial y potencialmente reversibles mediante terapias específicas, como la bio-retroalimentación. Por esta razón, la caracterización funcional del compartimento anorrectal mediante manometría anorrectal y prueba de expulsión del balón constituye el pilar inicial de la evaluación fisiológica en el estreñimiento refractario, y debe preceder a la interpretación de estudios de tránsito colónico.

Los estudios de tránsito colónico, por su parte, desempeñan un papel fundamental como herramientas de segunda línea, en particular en pacientes con persistencia de los síntomas tras la exclusión o el tratamiento adecuado de los trastornos evacuatorios, o en el contexto de decisiones terapéuticas avanzadas, como la intensificación farmacológica o la consideración de intervenciones quirúrgicas. La demostración objetiva de un tránsito colónico marcadamente enlentecido resulta imprescindible antes de cualquier estrategia invasiva, mientras que la presencia de un tránsito

normal obliga a replantear el origen de los síntomas y limita la indicación de procedimientos irreversibles.

La defecografía complementa la evaluación funcional en escenarios seleccionados, especialmente si existe la sospecha de alteraciones anatómicas dinámicas o cuando los hallazgos manométricos resultan inconclusos. Su utilidad reside en la capacidad de integrar información anatómica y funcional durante la evacuación, contribuyendo a una selección terapéutica más precisa y a una planificación quirúrgica adecuada.

En conjunto, el valor de las pruebas diagnósticas en el estreñimiento no radica en su número ni en su sofisticación tecnológica, sino en sus correctas indicación, interpretación integrada y aplicación clínica. Un enfoque racional, centrado en la fisiopatología y orientado a modificar la conducta terapéutica, permite optimizar los resultados, evitar intervenciones innecesarias y mejorar de manera significativa la calidad de vida de los pacientes con estreñimiento crónico refractario.

Financiamiento

La autora declara no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. La autora declara que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, evaluation, and management of chronic constipation. *Gastroenterology*. 2020;158:1232-49.e3.
2. Staller K, Neshatian L, Lembo A, Bharucha AE. AGA Clinical practice update on evaluation and management of refractory constipation: expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2026;24:296-305.
3. Nullens S, Nelsen T, Camilleri M, Burton D, Eckert D, Iturrino J, et al. Regional colon transit in patients with dyssynergic defaecation or slow transit constipation. *Gut*. 2012;61:1132-9. doi:10.1136/gut-jnl-2011-300066.
4. Camilleri M, Bharucha AE, di Lorenzo C, Hasler WL, Prather CM, Rao SSC, et al. American Neurogastroenterology and Motility Society consensus statement on intraluminal measurement of gastrointestinal and colonic motility in clinical practice. *Neurogastroenterol Motil*. 2008;20:1269-82.
5. Carrington EV, Heinrich H, Knowles CH, Fox M, Rao SSC, Altomare DF, et al. The International Anorectal Physiology Working Group (IAPWG) recommendations: standardized testing protocol and the London classification for disorders of anorectal function. *Neurogastroenterol Motil*. 2020;32:e13679. doi:10.1111/nmo.13679.
6. Triadafilopoulos G, Clarke JO, Kamal A, Neshatian L. Intra-subject variability in high resolution anorectal manometry using the London classification: diagnostic and therapeutic implications. *Dig Dis Sci*. 2022;67:5014-8.
7. Blackett JW, Gautam M, Mishra R, Obljazek NR, Kathavarayan Ramu S, Bailey KR, et al. Comparison of anorectal manometry, rectal balloon expulsion test, and defecography for diagnosing defecatory disorders. *Gastroenterology*. 2022;163:1582-92.e2.
8. Rao SSC, Patcharatrakul T. Diagnosis and treatment of dyssynergic defecation. *J Neurogastroenterol Motil*. 2016;22:423-35.
9. Vidlock EJ, Lembo A, Cremonini F. Diagnostic testing for dyssynergic defecation in chronic constipation: meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil*. 2013;25:509-20.
10. Rao SSC, Mudipalli RS, Stessman M, Zimmerman B. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (anismus). *Neurogastroenterol Motil*. 2004;16:589-96.
11. Deiteren A, Camilleri M, Bharucha A, Burton D, McKinzie S, Rao AS, et al. Performance characteristics of scintigraphic colon transit measurement in health and irritable bowel syndrome and relationship to bowel functions. *Neurogastroenterol Motil*. 2010;22:415-e95.
12. Klauser AG, Voderholzer WA, Heinrich CA, Schindlbeck NE, Müller-Lissner SA. Behavioral modification of colonic function. Can constipation be learned? *Dig Dis Sci*. 1990;35:1271-5.
13. Patcharatrakul T, Rao SSC. Update on the pathophysiology and management of anorectal disorders. *Gut Liver*. 2018;12:375-84.
14. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*. 2013;144:218-38.
15. Dinning PG, Carrington EV, Scott SM. Colonic and anorectal motility testing in the high-resolution era. *Curr Opin Gastroenterol*. 2016;32:44-8.
16. Metcalf AM, Phillips SF, Zinsmeister AR, MacCarty RL, Beart RW, Wolff BG. Simplified assessment of segmental colonic transit. *Gastroenterology*. 1987;92:40-7.
17. Bouchoucha M, Devroede G, Arhan P, Strom B, Weber J, Cugnenc PH, et al. What is the meaning of colorectal transit time measurement? *Dis Colon Rectum*. 1992;35:773-82.
18. Curtin B, Jimenez E, Rao SSC. Clinical evaluation of a patient with symptoms of colonic or anorectal motility disorders. *J Neurogastroenterol Motil*. 2020;26:423-36.
19. Bove A, Bellini M, Battaglia E, Bove A, Bellini M, Battaglia E, et al. Consensus statement AIGO/SICCR diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part II: treatment). *World J Gastroenterol*. 2012;18:4994-5013.
20. Sadeghi A, Akbarpour E, Majidrad F. Dyssynergic defecation: a comprehensive review on diagnosis and management. *Turk J Gastroenterol*. 2023;34:182-95.
21. Chaichanavichij P, Vollebregt PF, Tee SZY, Scott SM, Knowles CH. Slow-transit constipation and criteria for colectomy: a cross-sectional study of 1568 patients. *BJS Open*. 2021;5:zrab049.