

## Estreñimiento refractario

Regina Silva-Bravo<sup>ID</sup>, Marco M. Pérez-Guzmán<sup>ID</sup>, María I. Remes-Medellín<sup>ID</sup> y José M. Remes-Troche\*<sup>ID</sup>

Laboratorio de Neurogastroenterología y Fisiología Digestiva, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, Veracruz, México

### Resumen

El estreñimiento refractario (ER) representa un reto clínico complejo que requiere un abordaje sistemático y centrado en la fisiopatología para evitar su sobreclasificación y el uso prematuro de intervenciones invasivas. A pesar de contar con múltiples opciones terapéuticas, una proporción significativa de los pacientes permanecen insatisfechos con los tratamientos disponibles. El ER se define como la persistencia de hábitos intestinales infrecuentes o insatisfactorios, con o sin malestar abdominal, pese a intervenciones adecuadas en estilo de vida, optimización del tratamiento médico y terapia de biorretroalimentación del piso pélvico cuando esté indicada. Antes de considerar a un paciente refractario, es esencial confirmar el fenotipo clínico correcto —estreñimiento funcional, síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento o disinergia defecatoria— y descartar causas secundarias como fármacos o comorbilidad neurológica. La evaluación fisiológica es fundamental. La manometría anorrectal y la prueba de expulsión del balón constituyen herramientas diagnósticas de primera línea para identificar trastornos evacuatorios, presentes hasta en un tercio de estos pacientes. Los estudios de tránsito colónico permiten diagnosticar estreñimiento por tránsito lento y orientar el manejo. La defecografía se reserva para casos no concluyentes o con sospecha de alteraciones estructurales. El tratamiento debe priorizar la optimización farmacológica con laxantes, secretagogos y procinéticos, considerando combinaciones individualizadas. Las opciones no farmacológicas como la biorretroalimentación y la cápsula vibratoria pueden ser útiles. La cirugía debe restringirse a casos seleccionados, tras excluir trastornos del piso pélvico, dismotilidad difusa y factores psicológicos adversos. Un enfoque integral e individualizado mejora los desenlaces y la calidad de vida.

**Palabras clave:** Estreñimiento refractario. Laxantes. Fibra. Manometría anorrectal.

### Refractory constipation

### Abstract

Refractory constipation (RC) represents a complex clinical challenge that requires a systematic, pathophysiology-centered approach in order to avoid overclassification and the premature use of invasive interventions. Despite multiple therapeutic options, a significant proportion of patients remain dissatisfied with available treatments. RC is defined as the persistence of infrequent and/or unsatisfactory bowel habits, with or without abdominal discomfort, despite appropriate lifestyle interventions, optimization of medical therapy, and pelvic floor biofeedback therapy when indicated. Before considering a patient as refractory, it is essential to confirm the correct clinical phenotype – functional constipation, irritable bowel syndrome with constipation predominance, or dyssynergic defecation – and to exclude secondary causes such as medications or neurological comorbidities. Physiological evaluation is fundamental. Anorectal manometry and the balloon expulsion test constitute first-line

**\*Correspondencia:**

José M. Remes-Troche  
E-mail: jose.remes.troche@uv.mx

Fecha de recepción: 30-01-2026

Fecha de aceptación: 07-02-2026

DOI: 10.24875/CGM.26000011

Disponible en línea: 19-06-2026

Clín. Gastroenterol. Méx. 2026;2(2):151-162

www.clinicagastroenterologiademexico.com

diagnostic tools to identify defecatory disorders, which are present in up to one-third of these patients. Colonic transit studies allow the diagnosis of slow-transit constipation and help guide management. Defecography is reserved for inconclusive cases or when structural abnormalities are suspected. Treatment should prioritize pharmacological optimization with laxatives, secretagogues, and prokinetic agents, considering individualized combination regimens. Non-pharmacological options such as biofeedback therapy and the vibrating capsule may be useful. Surgery should be restricted to carefully selected cases, after excluding pelvic floor dysfunction, diffuse gastrointestinal dysmotility, and adverse psychological factors. An integrated and individualized approach improves clinical outcomes and quality of life.

**Keywords:** Refractory constipation. Laxatives. Fiber. Anorectal manometry.

## Introducción

El estreñimiento funcional (EF) o estreñimiento crónico (EC) es un trastorno digestivo frecuente que se caracteriza principalmente por síntomas que incluyen evacuaciones poco frecuentes, esfuerzo defecatorio, heces duras, tiempo de evacuación anormalmente prolongado, necesidad de maniobras digitales y sensación de evacuación<sup>1</sup>. El EC tiene una alta prevalencia en todo el mundo, entre un 9% y un 20% según la definición usada, y se asocia a deterioro de la calidad de vida y a mayor uso de recursos sanitarios<sup>1,2</sup>. A pesar de contar con múltiples opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para el EC, la satisfacción de los pacientes con el tratamiento continúa siendo subóptima. En una amplia encuesta europea sobre EC, Müller-Lissner et al.<sup>3</sup> reportaron que cerca de un tercio de los pacientes se encontraban insatisfechos con su tratamiento actual, lo que subraya las limitaciones de las estrategias convencionales y la importancia de optimizar enfoques terapéuticos centrados en el paciente.

Es conocido que los criterios de Roma son muy útiles para diagnosticar trastornos de la interacción intestino-cerebro, entre los que se incluyen al menos tres tipos diferentes de estreñimiento: 1) el síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento (SII-E), 2) el EC idiopático o funcional (EC/EF) y 3) la disineria defecatoria (DD)<sup>2,4,5</sup>. Sin embargo, estos criterios no contemplan una definición precisa para aquellos pacientes que no responden o fallan a los tratamientos convencionales. Por lo tanto, es fundamental identificar a los pacientes que «fallan» o son considerados «refractarios» al tratamiento, ya que no siempre es evidente si esta falta de respuesta se debe a una evaluación incompleta –que impidió caracterizar adecuadamente su fenotipo (SII-E, EC o DD)– o bien a un manejo terapéutico subóptimo<sup>5</sup>.

El objetivo de esta revisión narrativa es ofrecer una perspectiva práctica basada en la literatura para el diagnóstico y el manejo del estreñimiento refractario

(ER) en adultos. Se basa principalmente en las actualizaciones internacionales más recientes y se complementa con la bibliografía internacional y nacional disponible, así como con las recomendaciones nacionales vigentes<sup>5,6</sup>.

## Método

Se elaboró una revisión narrativa sobre la evaluación y el manejo del ER en adultos, utilizando como documento base la *AGA Clinical Practice Update on Evaluation and Management of Refractory Constipation: Expert Review*, utilizando sus recomendaciones de mejores prácticas como guía para estructurar esta revisión<sup>5</sup>. Para complementar la evidencia y aportar contexto nacional, se realizó una búsqueda bibliográfica dirigida en PubMed y en *Revista Mexicana de Gastroenterología*. Se priorizaron los artículos publicados entre 2016 y 2026, pero se integró literatura más antigua considerada de alto impacto. Se emplearon términos controlados y texto libre, incluyendo: “refractory constipation”, “chronic constipation”, “chronic idiopathic constipation”, “functional constipation”, “slow-transit constipation”, “dyssynergic defecation”, “pelvic floor dysfunction”, “anorectal manometry”, “balloon expulsion test”, “defecography”, “colonic transit”, “biofeedback”, “prucalopride”, “linaclotide”, “lubiprostone”, “colectomy”, “defecatory disease”, “anorectal disease”, “vibrating capsule”, “pyridostigmine”, “colchicine and constipation” and “orlistat and constipation”. Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual dirigida en las listas de referencias de los artículos clave para identificar literatura pertinente, incluyendo publicaciones en español relevantes para el contexto latinoamericano. Se incluyeron guías, consensos, revisiones sistemáticas y metaanálisis, revisiones de la literatura, ensayos clínicos y estudios observacionales con aplicación clínica a población adulta. Se excluyeron trabajos centrados exclusivamente en pediatría, en el embarazo o en escenarios no comparables con el

ER en adultos. La información se integró mediante síntesis narrativa y no se realizó metaanálisis.

Al tratarse de un trabajo basado en literatura publicada, sin intervención en seres humanos ni uso de datos personales identificables, no se requirió consentimiento informado ni aprobación por un comité de ética.

## Definición

Aunque hasta hace poco no existía una definición estandarizada de ER, tradicionalmente se usa este término para referirse a aquellos pacientes con EC que no responde a modificaciones en el estilo de vida (aumento de la actividad física, ingesta de líquidos o de fibra soluble) ni a laxantes osmóticos u estimulantes<sup>7</sup>.

Recientemente, la American Gastroenterological Association (AGA) emitió una serie de recomendaciones elaboradas por expertos, en las que definen al ER como «la presencia de hábitos intestinales infrecuentes o insatisfactorios, con o sin malestar abdominal, pese a intervenciones adecuadas en el estilo de vida y al tratamiento médico, o a la terapia de biorretroalimentación (TBRA) del piso pélvico cuando esté indicada, en pacientes con diagnóstico previo de SII o EF»<sup>5</sup>.

Este grupo de expertos también considera que antes de clasificar a los pacientes como refractarios (véase más adelante) es necesaria una valoración con manometría anorrectal (MAR) y prueba de expulsión del balón (PEB), y también debe realizarse una evaluación dirigida de causas secundarias, como comorbilidad neurológica y uso de medicamentos<sup>5,8</sup>.

Previo a esta definición, un panel de expertos internacionales liderados por Jan Tack propuso una definición de falla terapéutica en el EC cuando los pacientes, durante las últimas 2 semanas, cumplen al menos con uno de los siguientes criterios<sup>9</sup>:

- Evacuaciones completas < 3 veces por semana y evacuaciones incompletas la mayor parte del tiempo.
- Necesidad de esfuerzo o pujo en la mayoría de las ocasiones.
- Ausencia de mejoría en la consistencia de las heces con la terapia actual (escala de Bristol < 3).
- Mejoría insuficiente o empeoramiento de otros signos y síntomas.
- Mala tolerabilidad al tratamiento que vuelve inaceptable el beneficio obtenido.

## Abordaje diagnóstico

El ER debe entenderse como una condición definida por el fracaso documentado de un manejo integral y dirigido, y que exige una evaluación sistemática para evitar la sobreclasificación y el uso prematuro de intervenciones invasivas<sup>4</sup>. Para catalogar como refractario a un paciente con EC se deben cumplir tres condiciones fundamentales:

- Diagnóstico clínico adecuado: es muy relevante confirmar que se trata de EC/EF, SII-E o DD conforme a los criterios diagnósticos vigentes<sup>5,10</sup>. Esta clasificación fisiopatológica es determinante, ya que cada fenotipo tiene un tratamiento diferente. En los pacientes con DD, el mecanismo principal es la inadecuada coordinación defecatoria (disinergia), mientras que en los pacientes con EC/EF hay un subgrupo que tiene documentado tránsito colónico lento (inercia colónica) y en los pacientes con SII-E la característica es que predominan síntomas sin alteraciones evidentes. Así pues, además de indagar sobre los síntomas será necesario realizar pruebas que permitan evaluar de manera dirigida la presencia de cada uno de estos fenotipos<sup>2,4,8</sup>. Por otro lado, es fundamental llevar a cabo una anamnesis completa con preguntas dirigidas para identificar el fenotipo (Fig. 1) y hacer una exploración física detallada que incluya tacto rectal completo, para evitar errores diagnósticos (Tabla 1).
- Descartar causas secundarias: existen numerosas causas secundarias de EC que deben considerarse en el contexto del ER (Tabla 2), incluyendo el uso de medicamentos, trastornos de la alimentación o comorbilidad neurológica, retrasos en el vaciamiento gástrico o dismotilidad del intestino delgado<sup>5,9-12</sup>. Los fármacos son una de las causas iatrogénicas más comunes de EC/CC<sup>13</sup>, siendo los opiáceos y los agentes anticolinérgicos algunos ejemplos<sup>5</sup>.
- Tratamiento previo: en todos los pacientes con sospecha de ER es fundamental revisar que el tratamiento inicial haya sido adecuado en dosis, duración y adherencia (Fig. 2). Antes de avanzar a pruebas fisiológicas se debe verificar que el paciente ha recibido un ensayo terapéutico y una optimización farmacológica adecuados, que incluyan medidas dietéticas, fibra o laxantes osmóticos como polietilenglicol y lactulosa, y en caso necesario agentes estimulantes, y que a pesar de ello persisten síntomas relevantes<sup>14</sup>.



**Figura 1.** Preguntas clínicas importantes para la diferenciación de los subtipos de estreñimiento crónico idiopático primario (traducida y adaptada de Camilleri y Brandler<sup>7</sup>). ERD: examen rectal digital; GI: gastrointestinales; SII-E: síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento.

## Pruebas diagnósticas

En la evaluación fisiológica se deben identificar y descartar trastornos defecatorios, utilizando herramientas como la MAR y la PEB como auxiliares de diagnóstico de primera línea<sup>5,8,15,16</sup>. La PEB permite cuantificar la capacidad de evacuación; el tiempo de expulsión considerado normal depende de la técnica y del tipo de balón, y puede variar desde < 1 minuto hasta 5 minutos, pero en el protocolo más estandarizado (balón de 50 ml y sentado en posición cómoda) se considera normal una expulsión < 1 minuto<sup>5,14</sup>. Sin embargo, una PEB por sí sola no debe concluir disinergia ni descartarla, pues solo es uno de los elementos que apoyan el diagnóstico de DD y debe acompañarse de una evaluación por MAR. Los hallazgos manométricos que sugieren DD incluyen gradiente rectoanal reducido, presión anal en reposo elevada y relajación anal reducida, pobre propulsión rectal o índice defecatorio elevado. De acuerdo con la clasificación de Roma IV, se requieren al menos dos de tres pruebas anormales (MAR, defecografía o PEB) para el diagnóstico de DD<sup>5,17,18</sup>. Así pues, la combinación de MAR con PEB suele ser suficiente para establecer el diagnóstico de trastorno evacuatorio por DD (Fig. 3).

Además, estos estudios proporcionan información pronóstica útil para identificar a los pacientes con mayor probabilidad de responder a la TBRA del piso pélvico, considerada la intervención central y de primera línea para este grupo de trastornos<sup>18</sup>.

Si la evaluación confirma un trastorno defecatorio, la TBRA del piso pélvico debe ser un tratamiento obligatorio. La mayoría de los pacientes con EC con sospecha de refractariedad deben completar un curso de TBRA cuando esté indicada antes de ser catalogados como ER, pues el 37% de los pacientes con EC que se someten a pruebas de piso pélvico tienen DD. El éxito de esta terapia depende de la adecuada selección del paciente<sup>5</sup>. La normalización de la PEB después de la TBRA del piso pélvico sugiere la resolución del trastorno defecatorio<sup>5,18</sup>.

La evaluación fisiológica debe considerar que un número importante de pacientes con trastorno evacuatorio también presentan EC, y por lo tanto la caracterización precisa del fenotipo resulta indispensable para evitar interpretar erróneamente el retraso del tránsito colónico (inercia) como un verdadero estado de refractariedad<sup>5,16,17</sup>. Diagnosticar que el EC es por un fenotipo de tránsito colónico lento orienta a optimizar

**Tabla 1.** Errores comunes en la evaluación del estreñimiento refractario

Error	Causa	Solución
Evaluación incompleta del TER	Examen rectal digital inadecuado Resultados «normales» en manometría anorrectal a pesar de alta probabilidad preprueba de TER No realizar estudios para patología estructural a pesar de alta probabilidad preprueba	Realizar examen rectal digital y buscar la patología 3 fases: reposo, contracción anal, pujo 2 posiciones: decúbito lateral, en cuclillas Visualizar y palpar en las 3 fases Documentar la probabilidad de preprueba de TER antes del estudio Hallazgos más predictivos de TER: Examen rectal digital anormal Presión rectal baja al pujo < 45 mmHg Disinergia tipo IV Gradiente positivo de presión rectoanal (normal) Obtener historia clínica completa del piso pélvico Antecedentes obstétricos (partos vaginales, desgarros) Antecedentes de abuso sexual Síntomas reportados espontáneamente Maniobras digitales Sensación de obstrucción Sensación de evacuación incompleta Incontinencia fecal, urgencia Sensación de presión o abultamiento pélvico Dolor anal Deterioro de la vida sexual Disfunción urinaria
Historia farmacológica incompleta	Medicamentos de venta libre no reportados Medicamentos de prescripción con efectos poco reconocidos sobre la motilidad colónica Uso de sustancias recreativas	Preguntar intencionalmente por fármacos causales Difenhidramina Antialérgicos (cetirizina, fexofenadina) Antiácidos Productos herbales (aceite de menta) Preguntar intencionalmente por fármacos frecuentes causales Antagonistas 5-HT <sub>3</sub> (ondansetrón) Prometazina Preguntar intencionalmente sobre cannabinoides y opiáceos Preparaciones de tetrahidrocannabinol
Evaluación inadecuada de enfermedad sistémica	Exploración insuficiente de síntomas extragastrointestinales que sugieren enfermedad sistémica	Investigar sistemas importantes y hallazgos en la exploración física Piel (esclerodactilia, laxitud, facilidad para hematomas) Neurológico (neuropatía periférica, temblor en reposo) Psiquiátrico (índice de masa corporal, hallazgos sugestivos de bulimia)

TER: trastorno de evacuación rectal.  
Adaptada de Camilleri y Brandler<sup>7</sup>.

estrategias farmacológicas específicas, o en casos seleccionados considerar alternativas quirúrgicas<sup>5,19</sup>. Las pruebas utilizadas para evaluar el tránsito colónico incluyen el tránsito con marcadores radioopacos, la gammagrafía y la cápsula inalámbrica de motilidad<sup>6,20-22</sup>. Para someterse a este tipo de pruebas, los pacientes deben haber suspendido el uso de laxantes por al menos 7 días y los fármacos que retrasan el tránsito colónico por al menos 2 semanas. Una vez realizada la prueba, se recomienda repetirla bajo un régimen de laxantes, para así documentar la refractariedad<sup>5</sup>.

Por otro lado, la defecografía contrastada o por resonancia magnética es una prueba complementaria que

está indicada cuando no hay hallazgos concluyentes en la MAR y la PEB, o cuando se sospechan alteraciones estructurales<sup>22,23</sup>. Estas pruebas permiten evaluar la mecánica anorrectal durante el intento evacuatorio, así como cambios en el ángulo anorrectal y el descenso del piso pélvico<sup>24</sup>, además de documentar alteraciones estructurales como rectocele, enterocele o intususcepción. Su interpretación debe hacerse en conjunto con el contexto clínico y las pruebas funcionales<sup>14</sup>. El hallazgo de alteraciones estructurales no es suficiente para establecer una correlación con los síntomas ni es un criterio definitivo para tratamiento quirúrgico, ya que algunas anomalías anatómicas pueden ser consecuencia de un trastorno funcional

**Tabla 2.** Causas secundarias de estreñimiento

Categorías	Ejemplos
Fármacos	
Analgésicos	Opiáceos, tramadol
Antihipertensivos	Bloqueadores de los canales de calcio Diuréticos Clonidina
Antieméticos	Bloqueadores 5-HT <sub>3</sub> Prometazina
Antiácidos	Carbonato de calcio Hidróxido de aluminio Antihistamínicos
Antialérgicos	
Sistema nervioso central	
Antidepresivos	Antidepresivos tricíclicos
Antiparkinsonianos	Carbidopa-levodopa
Neurolépticos	Antipsicóticos típicos y atípicos
Antidiabéticos	
Análogos de GLP-1	Semaglutida, liraglutida, lixisenatida
Análogos de GLP-1 y GIP	Tirzepatida
Enfermedades metabólicas	
Endocrinas	Diabetes <i>mellitus</i> Hipotiroidismo Hiperparatiroidismo Embarazo
Electrolitos	Hiper- o hipocalcemia Hipopotasemia Hipomagnesemia
Enfermedades neuromusculares	
Neuropatía	Parkinsonismo Esclerosis múltiple Lesión de la médula espinal Neuropatía autonómica Amiloidosis Neuropatía paraneoplásica Megacolon o megarrecto primario
Miopatía	Esclerosis sistémica Síndrome de Ehlers-Danlos Amiloidosis
Obstrucción	
Mecánica	Neoplasia colorrectal Diverticulitis
Funcional	Pseudoobstrucción (intestinal, colónica)
Enfermedades psiquiátricas	
Trastornos del estado de ánimo	Depresión
Trastornos de la conducta alimentaria	Anorexia, bulimia
Estilo de vida	
Ejercicio	Inmovilidad
Dieta	Deshidratación Bajo consumo de fibra

GIP: polipéptido insulínico dependiente de glucosa; GLP-1: péptido similar al glucagón tipo 1.

subyacente, como la evacuación disinérgica, por lo que la decisión terapéutica debe sustentarse en la integración clínica y fisiológica<sup>14</sup>.

## Tratamiento

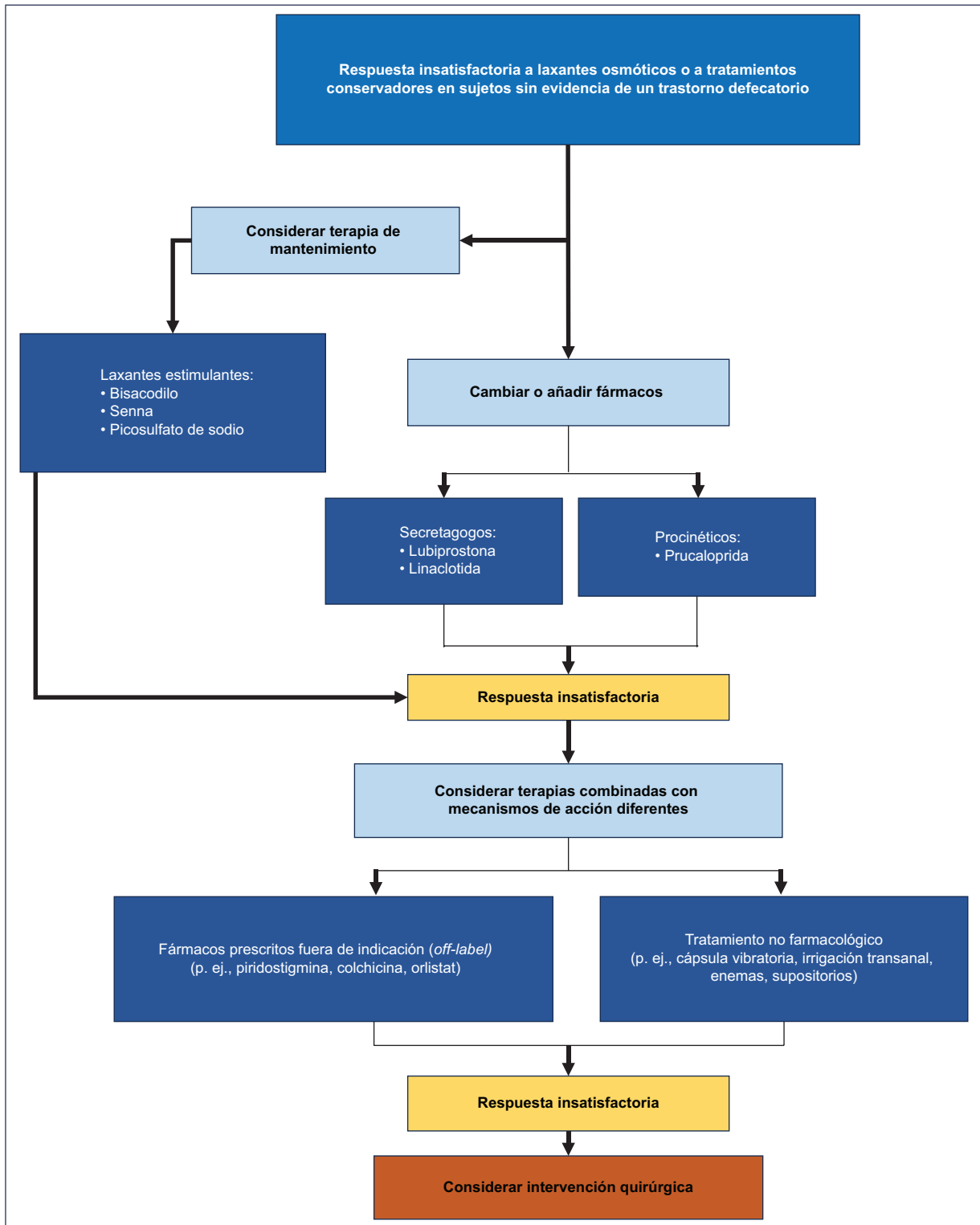
### Farmacológico

Antes de considerar el tratamiento quirúrgico (Figs. 3 y 4) se recomienda documentar de manera adecuada la refractariedad al tratamiento médico, utilizando los fármacos de prescripción aprobados para la EC, ya sea en monoterapia o en combinaciones apropiadas de acuerdo con el fenotipo fisiopatológico del paciente. Asimismo, es fundamental optimizar las dosis y corroborar que la duración del tratamiento haya sido la adecuada<sup>5,25</sup>.

En las guías de la AGA se han propuesto abordajes escalonados: los laxantes osmóticos, principalmente polietilenglicol y lactulosa, se consideran de primera línea, y los laxantes estimulantes, como el bisacodilo, se emplean como terapia de rescate, idealmente de manera intermitente, aunque algunos pacientes pueden beneficiarse de su administración regular<sup>2,5</sup>. El bisacodilo es un miembro de la familia del difenilmetano que tiene un efecto dual único sobre la secreción y la motilidad intestinal, y ha demostrado ser eficaz y bien tolerado en el tratamiento del estreñimiento. Entre sus efectos adversos se encuentran debilidad muscular, náuseas, vómitos, diarrea e irritación rectal<sup>26,27</sup>.

De forma similar, las guías de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y del American College of Gastroenterology sostienen que la base del tratamiento incluye agentes formadores de bolo, como fibra/psyllium, cuando hay tránsito colónico normal y no hay sospecha de disinergia; laxantes osmóticos como agentes más efectivos a largo plazo, y laxantes estimulantes por periodos cortos como terapia de rescate<sup>25,28</sup> (Fig. 2). Posteriormente, se puede avanzar a secretagogos como la lubiprostona y la linaclotida, y a procinéticos como la prucaloprida, dependiendo de su disponibilidad<sup>6,25</sup>.

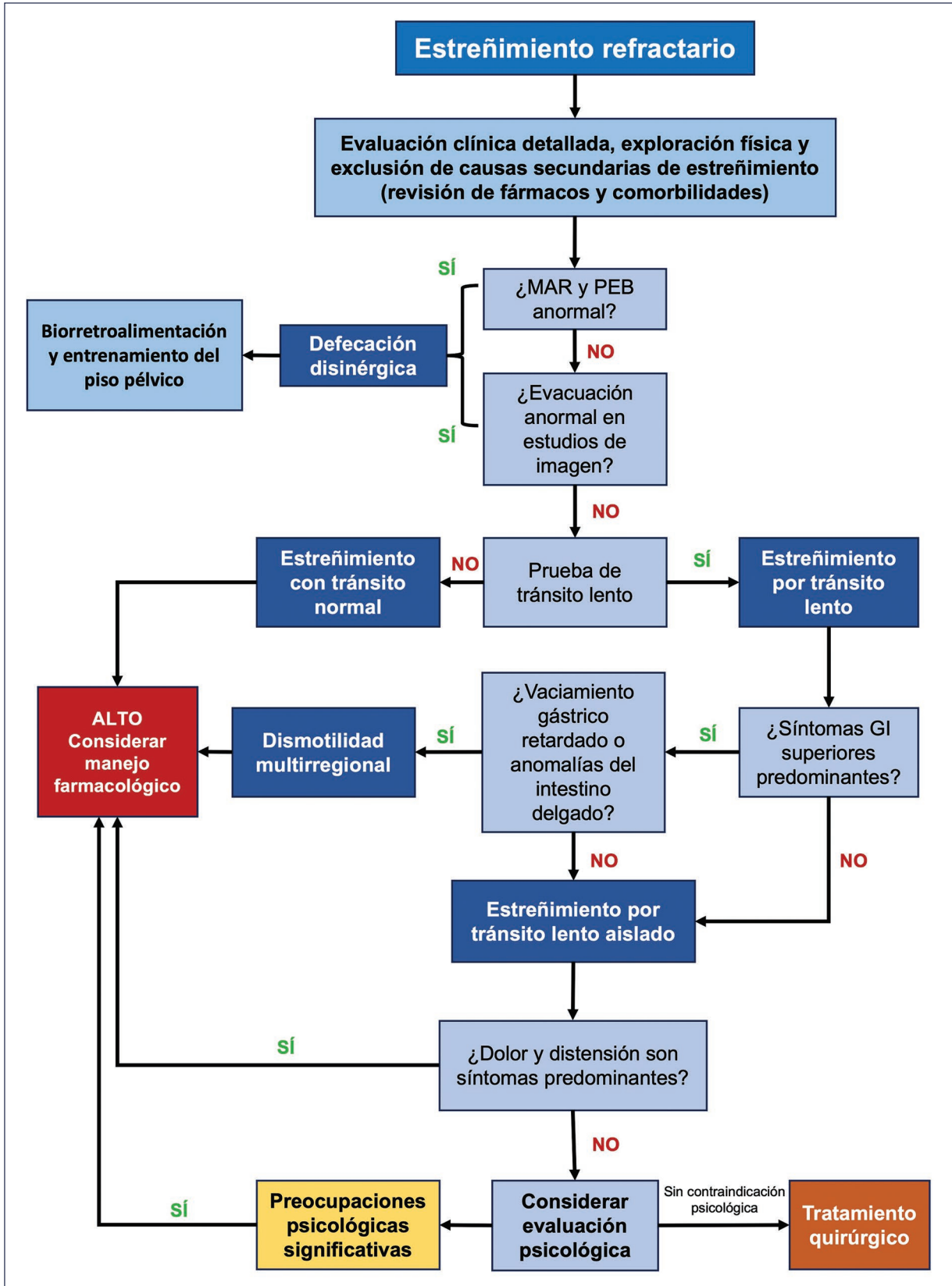
Ante la falta de respuesta a los fármacos aprobados para este trastorno, pueden emplearse agentes fuera de indicación, como la piridostigmina, la metformina, la colchicina y el orlistat. Sin embargo, se debe priorizar la disponibilidad, la accesibilidad, el perfil de seguridad y la relación costo-beneficio de estos fármacos<sup>5</sup>. La piridostigmina, un inhibidor reversible de la colinesterasa, previene la degradación de la acetilcolina y aumenta su concentración durante la sinapsis, lo que facilita la transmisión de impulsos desde la unión neuromuscular<sup>26</sup>, por lo que se ha asociado a un incremento en la motilidad y en el tránsito intestinal en sujetos con afectaciones neuronales motoras. Además, este fármaco ha demostrado tener



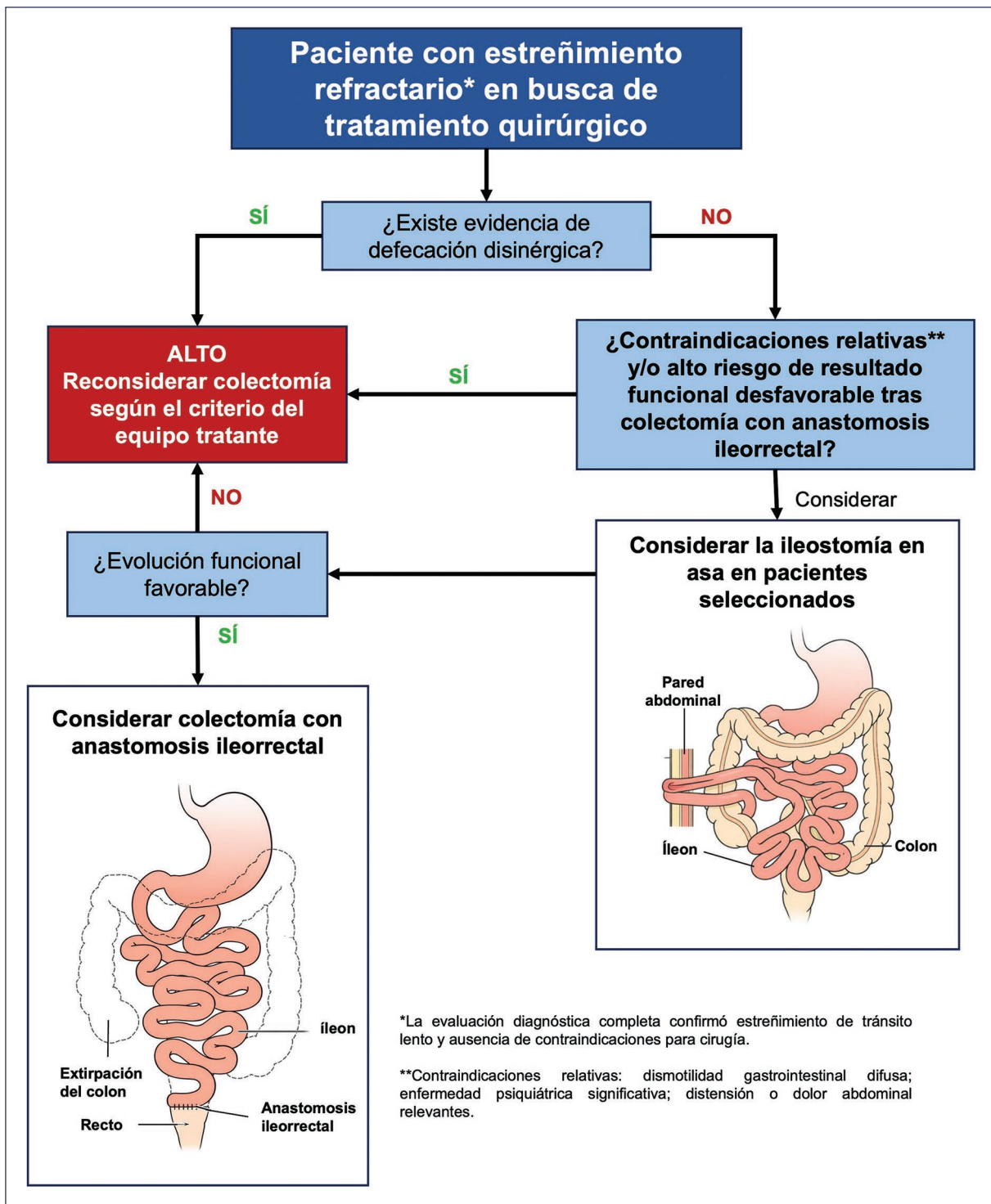
**Figura 2.** Algoritmo sugerido para el tratamiento farmacológico del estreñimiento refractario (*traducida y adaptada de Staller et al.<sup>9</sup>*).

beneficios en el manejo del EC en sujetos con neuropatía autonómica y en caso de pseudoobstrucción recurrente en sujetos con diabetes tipo 2<sup>29</sup>. No

obstante, el efecto de la piridostigmina sobre el tránsito colónico y el EC no se ha detallado de manera exhaustiva<sup>30</sup>.



**Figura 3.** Los candidatos para colectomía requieren la confirmación de estreñimiento por tránsito lento, la exclusión de trastornos de la defecación, la evaluación de dismotilidad multirregional y la ausencia de contraindicaciones psicológicas para la cirugía (traducida y adaptada de Staller et al.<sup>9</sup>). GI: gastrointestinales; MAR: manometría anorrectal; PEB: prueba de expulsión del balón.



**Figura 4.** Algoritmo sugerido para la selección del tipo de procedimiento quirúrgico en el tratamiento del estreñimiento refractario (traducida y adaptada de Staller et al.<sup>5</sup>).

Por otra parte, en los sujetos con diabetes tipo 2 tratados con metformina se ha observado un aumento en el tránsito intestinal. Si bien este fármaco no está autorizado como laxante, puede comportarse como tal en determinados contextos clínicos<sup>31</sup>.

La colchicina se utiliza principalmente para tratar la gota, pero tiene efectos adversos gastrointestinales como diarrea, por lo que podría utilizarse en el ER. En un ensayo aleatorizado y controlado con placebo, el uso de colchicina oral a dosis de 0.6 mg tres veces al

día se asoció con un aumento de las evacuaciones y un aceleramiento del tránsito colónico<sup>32</sup>. Se ha descrito que la colchicina puede favorecer la secreción intestinal y reducir la absorción de agua y electrolitos, lo que puede explicar su efecto laxante. Este fármaco podría considerarse de manera individualizada cuando las terapias aprobadas han fallado<sup>32,33</sup>.

Otro ejemplo de fármaco fuera de indicación es el orlistat, un inhibidor de la lipasa utilizado para la pérdida de peso, que se ha descrito como opción adyuvante en el ER debido a sus efectos secundarios gastrointestinales. En un ensayo aleatorizado controlado con placebo en pacientes tratados con clozapina, la administración de 10 mg de orlistat tres veces al día se asoció con una reducción de la prevalencia de estreñimiento a las 4 semanas en comparación con el grupo control<sup>34,35</sup>. Por ello, podría considerarse como alternativa en casos seleccionados.

En los pacientes con ER, el uso combinado de linaclotida y prucaloprida puede considerarse de manera individualizada cuando la monoterapia es insuficiente. La linaclotida, a dosis de 145-290 µg una vez al día, actúa como agonista del receptor de la guanilato ciclasa C, incrementando la secreción intestinal y mejorando la consistencia de las heces, mientras que la prucaloprida, a dosis de 2 mg una vez al día (1 mg en adultos mayores o con intolerancia), estimula la motilidad colónica mediante agonismo selectivo 5-HT<sub>4</sub>. La combinación busca un efecto sinérgico al actuar simultáneamente sobre la secreción y el tránsito, especialmente en pacientes con tránsito colónico lento y mala respuesta a los laxantes convencionales. En una serie retrospectiva de 405 pacientes con EC, la mayoría fueron manejados con monoterapia (79.7%), mientras que el uso de combinaciones fue menos frecuente: el 16.6% recibieron dos terapias concomitantes, el 2.9% utilizaron tres fármacos simultáneamente y solo el 0.7% requirieron cuatro agentes al mismo tiempo<sup>36</sup>. Dentro de los tratamientos, la linaclotida (49%) y la prucaloprida (37%) fueron los agentes más prescritos en monoterapia, y también los más utilizados en esquemas combinados. La combinación dual más frecuente fue prucaloprida más linaclotida, en el 61% de los casos con doble terapia, seguida por prucaloprida más lubiprostona (13%). No se observaron diferencias significativas en las tendencias de prescripción entre los distintos proveedores<sup>36</sup>.

Así pues, aunque la evidencia formal es limitada y se basa principalmente en la experiencia clínica y en series pequeñas, esta estrategia puede ser útil en casos seleccionados, vigilando estrechamente la

tolerancia gastrointestinal, en particular la aparición de diarrea, distensión y dolor abdominal, y ajustando la dosis según la respuesta clínica.

## No farmacológicos

Aunque los tratamientos no farmacológicos no constituyen la primera línea de manejo, pueden generar un alivio clínicamente significativo en sujetos con ER bien seleccionados.

Sin duda, la TBRA permite entrenar y mejorar el pujo abdominal, y hacerlo más eficaz, además de ayudar a relajar de manera coordinada el esfínter anal, siendo esto el principio por el cual dicha terapia es útil en los pacientes con DD<sup>37</sup>.

Otra alternativa eficaz en el abordaje del ER es la cápsula vibratoria, que estimula la motilidad en el fenotipo de tránsito colónico lento. Tiene un perfil de seguridad favorable, con efectos adversos leves y una tasa de satisfacción de hasta el 71% de los pacientes desde las primeras 2 semanas de uso<sup>38,39</sup>.

Los enemas, los supositorios y las limpiezas intestinales podrían ser útiles antes de iniciar tratamientos de mantenimiento, principalmente en pacientes con carga fecal abundante (impactación fecal); sin embargo, no se han realizado estudios controlados que evalúen de manera sistemática su utilidad y seguridad<sup>6</sup>.

## Cirugía

En cuanto al tratamiento quirúrgico, es crucial hacer una selección idónea de los sujetos para lograr unos resultados quirúrgicos favorables (Fig. 3). Además, la evaluación preoperatoria es fundamental para diagnosticar adecuadamente el estreñimiento por tránsito colónico lento y diferenciarlo de otras causas de estreñimiento, con el propósito de reducir las complicaciones o la persistencia de los síntomas después de la intervención<sup>20</sup>. Los sujetos con SII-E y DD no son candidatos para cirugía, y en caso de coexistir DD y tránsito colónico lento, la DD debe ser tratada previo a cualquier intervención quirúrgica<sup>6,21</sup>. Las intervenciones quirúrgicas, como la colectomía abdominal con anastomosis ileorrectal, constituyen una opción terapéutica en los sujetos con tránsito colónico lento que no presentan dismotilidad gastrointestinal superior difusa ni trastornos de la defecación, y para aquellos en los que el tratamiento no quirúrgico ha sido ineficaz<sup>16,40</sup>. Debido a las complicaciones posquirúrgicas, como el empeoramiento de los síntomas, la colectomía se debe reservar para casos seleccionados<sup>41,42</sup>.

En algunos sujetos puede preferirse la ileostomía con asa. A pesar de las complicaciones relacionadas con este procedimiento (hasta un 80%), muchas de ellas pueden tratarse exitosamente con intervenciones quirúrgicas menores<sup>43</sup>. Cabe destacar que, en un estudio, el 62% de quienes se sometieron a una ileostomía con asa reportaron una mejoría sintomática y de la calidad de vida<sup>44</sup>. Otra alternativa menos invasiva en comparación con la cirugía es la cecostomía endoscópica percutánea, que se puede utilizar como vía para realizar irrigaciones colónicas. El 50% de los pacientes que se someten a este procedimiento reportan una mejoría sintomática, y puede preferirse sobre la colectomía en aquellos con mayor riesgo quirúrgico debido a la presencia de comorbilidad<sup>8,16</sup>.

En resumen, es fundamental realizar una selección adecuada y cuidadosa del procedimiento quirúrgico que se llevará a cabo, considerando los riesgos y los beneficios en cada sujeto (Fig. 4).

### Aspectos psicológicos

La evaluación psicológica forma parte del abordaje integral del ER, considerando la alta prevalencia de comorbilidad emocional y su impacto en la respuesta terapéutica, lo que provoca persistencia de los síntomas<sup>20</sup>. Por ello, la identificación de comorbilidad psicológica en los pacientes es fundamental para predecir quiénes podrán tener unos resultados quirúrgicos insatisfactorios, sobre todo en aquellos con trastornos de la defecación<sup>5,45</sup>. Los estudios han demostrado que los individuos con EC tienen puntuaciones medias de depresión significativamente más altas que los individuos con hábitos intestinales normales<sup>46,47</sup>. Aproximadamente el 65% de los sujetos con trastornos de la evacuación y estreñimiento presentan algún grado de deterioro psicológico, en especial aquellos con ansiedad y depresión, y además tienen una pobre respuesta al tratamiento conductual<sup>48</sup>. Se ha demostrado que, a mayor gravedad de los síntomas del estreñimiento, más altas son las puntuaciones de depresión y ansiedad<sup>49</sup>. En este contexto, los factores psicológicos y emocionales influyen directamente en la función gastrointestinal, lo que hace que la opción quirúrgica sea menos efectiva<sup>20</sup>.

Por otro lado, se ha reportado que el 19% de los sujetos con EC tienen algún trastorno alimentario, lo que se asocia con mayor gravedad del estreñimiento, pero esto no se ha observado en el posoperatorio<sup>12</sup>.

### Conclusiones

El ER representa un reto clínico complejo que exige un abordaje sistemático, escalonado y centrado en la fisiopatología, evitando su sobreclasificación y el uso prematuro de intervenciones invasivas. Esta revisión subraya la importancia de confirmar un diagnóstico adecuado, descartar causas secundarias, fenotipificar correctamente a los pacientes mediante pruebas fisiológicas (MAR, PEB y estudios de tránsito colónico) y asegurar que los tratamientos previos hayan sido óptimos en dosis, duración y adherencia antes de catalogar la refractariedad. El manejo del ER debe priorizar la optimización farmacológica, incluyendo el uso racional de combinaciones de fármacos con mecanismos de acción complementarios, así como intervenciones no farmacológicas como la TBRA y terapias emergentes en casos seleccionados. La cirugía debe reservarse para pacientes cuidadosamente seleccionados, tras una evaluación integral que descarte trastornos de la defecación, dismotilidad gastrointestinal difusa y factores psicológicos que condicionen malos resultados funcionales. En conjunto, un enfoque integral, individualizado y basado en la fisiopatología permite mejorar los desenlaces clínicos y la calidad de vida de los pacientes con ER.

### Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

### Conflicto de intereses

R. Silva-Bravo, M.M. Pérez-Guzmán y M.I. Remes-Medellín declaran no tener conflictos de intereses. J.M. Remes-Troche es asesor y miembro de consejo consultivo para Adium, Carnot, PRO.MED.CS Praha a.s. y Pisa, y conferencista para Asofarma, Abbot, Carnot, Chinoin, Ferrer, Johnson y Johnson, Menarini Centroamérica, M8, Medix y Medtronic.

### Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran 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.

Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

## Referencias

- Coss-Adame E, Díaz Castro MA. Estreñimiento. En: Roesch-Dietlen FB, Remes-Troche JM, Amieva-Balmori M, editores. Fundamentos de la gastroenterología. Ciudad de México: Manual Moderno; 2021. p. 89-94.
- Lee YY, Kamani L, Piscocoy A, Dumitrascu D, Simadibrata DM, Makharia GK, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. A Global Cascade Approach to Diagnosis and Management of Chronic Constipation. World Gastroenterology Organisation; 2025. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-english-2025.pdf>.
- Müller-Lissner S, Tack J, Feng Y, Schenck F, Specht Gryp R. Levels of satisfaction with current chronic constipation treatment options in Europe — an internet survey. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013;37:137-45.
- Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil.* 2017;23:151.
- 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.
- Remes-Troche JM, Coss-Adame E, López-Colombo A, Amieva-Balmori M, Carmona Sánchez R, Charúa Guindic L, et al. Consenso mexicano sobre estreñimiento crónico. *Rev Gastroenterol Mex.* 2018;83:168-89.
- Camilleri M, Brandler J. Refractory constipation: how to evaluate and treat. *Gastroenterol Clin North Am.* 2020;49:623-42.
- Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, evaluation, and management of chronic constipation. *Gastroenterology.* 2020;158:1232-49.e3.
- Tack J, Boardman H, Leyer P, Schiefke I, Jayne D, Scarpignato C, et al. An expert consensus definition of failure of a treatment to provide adequate relief (F-PAR) for chronic constipation — an international Delphi survey. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;45:434-42.
- Bassotti G, Blandizzi G. Understanding and treating refractory constipation. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2014;5:77-85.
- Warnecke T, Schäfer KH, Claus I, Del Tredici K, Jost WH. Gastrointestinal involvement in Parkinson's disease: pathophysiology, diagnosis, and management. *NPJ Parkinsons Dis.* 2022;8:31.
- Murray HB, Flanagan R, Banashefski B, Silvernale CJ, Kuo B, Staller K. Frequency of eating disorder pathology among patients with chronic constipation and contribution of gastrointestinal-specific anxiety. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18:2471-8.
- Staller K. Refractory constipation. *J Clin Gastroenterol.* 2018;52:490-501.
- Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology.* 2013;144:218-38.
- Chiarioni G, Salandini L, Whitehead WE. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation. *Gastroenterology.* 2005;129:86-97.
- Bharucha AE, Wald A. Chronic constipation. *Mayo Clin Proc.* 2019;94:2340-57.
- Rao SSC, Patcharatrakul T. Diagnosis and treatment of dysynergic defecation. *J Neurogastroenterol Motil.* 2016;22:423-35.
- Rao SSC, Benninga MA, Bharucha AE, Chiarioni G, Di Lorenzo C, Whitehead WE. ANMS-ESNM position paper and consensus guidelines on biofeedback therapy for anorectal disorders. *Neurogastroenterol Motil.* 2015;27:594-609.
- Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, et al. Chronic constipation. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3:17095.
- Sailer M. Chronische Obstipation. *Der Chirurg.* 2022;93:103-12.
- Black CJ, Ford AC. Chronic idiopathic constipation in adults: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and clinical management. *Med J Aust.* 2018;209:86-91.
- Rao SSC, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, Malcolm A, et al. Anorectal disorders. *Gastroenterology.* 2016;150:1430-42.e4.
- Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology.* 2013;144:211-7.
- Ihara E, Manabe N, Ohkubo H, Ogasawara N, Ogino H, Kakimoto K, et al. Evidence-based clinical guidelines for chronic constipation 2023. *Digestion.* 2024;106:62.
- Chang L, Chey WD, Imdad A, Almario CV, Bharucha AE, Diem S, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology clinical practice guideline: pharmacological management of chronic idiopathic constipation. *Gastroenterology.* 2023;164:1086-106.
- Soufi-Afshar I, Moghadamnia A, Bijani A, Kazemi S, Shokri-Shirvani J. Comparison of pyridostigmine and bisacodyl in the treatment of refractory chronic constipation. *Caspian J Intern Med.* 2016;7:19-24.
- Corsetti M, Landes S, Lange R. Bisacodyl: a review of pharmacology and clinical evidence to guide use in clinical practice in patients with constipation. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33:e14123.
- Remes Troche JM, Gómez Escudero O, Icaza Chávez ME, Noble Lugo A, López Colombo A, Victoria Bielsa M, et al. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. C) Tratamiento médico y quirúrgico. *Rev Gastroenterol Mex.* 2011;76:141-54.
- Ahuja NK, Mische L, Clarke JO, Wigley FM, McMahan ZH. Pyridostigmine for the treatment of gastrointestinal symptoms in systemic sclerosis. *Semin Arthritis Rheum.* 2018;48:111-6.
- Bharucha AE, Low P, Camilleri M, Veil E, Burton D, Kudva Y, et al. A randomised controlled study of the effect of cholinesterase inhibition on colon function in patients with diabetes mellitus and constipation. *Gut.* 2013;62:708-15.
- McCraith LJ, Bailey CJ, Pearson ER. Metformin and the gastrointestinal tract. *Diabetologia.* 2016;59:426-35.
- Verne GN, Davis RH, Robinson ME, Gordon JM, Eaker EY, Sninsky CA. Treatment of chronic constipation with colchicine: randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Am J Gastroenterol.* 2003;98:1112-6.
- Taghavi SA, Shabani S, Mehrmiri A, Eshraghian A, Kazemi SMH, Moeni M, et al. Colchicine is effective for short-term treatment of slow transit constipation: a double-blind placebo-controlled clinical trial. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25:389-94.
- Chukhin E, Takala P, Hakko H, Raidma M, Putkonen H, Räsänen P, et al. In a randomized placebo-controlled add-on study orlistat significantly reduced clozapine-induced constipation. *Int Clin Psychopharmacol.* 2013;28:67-70.
- Takrori E, Peshin S, Singal S. Gastrointestinal adverse effects of anti-obesity medications in non-diabetic adults: a systematic review. *Medicina (Kaunas).* 2025;61:1987.
- Khanna T, Itzoe M, Mukherjee J, Ahuja NK. Concomitant use of prescription-based agents for chronic constipation: a single-center retrospective study. *Gastro Hep Adv.* 2025;4:100755.
- Narayanan SP, Bharucha AE. A practical guide to biofeedback therapy for pelvic floor disorders. *Curr Gastroenterology Rep.* 2019;21:54.
- Curtin BF, Quigley EMM, Chey WD, Lembo AJ, Brenner DM, Spiegel BMR, et al. The vibrating capsule: safety and tolerability in patients with chronic idiopathic constipation. *Neurogastroenterol Motil.* 2025;37:e15004.
- Zhu JH, Qian YY, Pan J, He C, Lan Y, Chen WN, et al. Efficacy and safety of vibrating capsule for functional constipation (VICONs): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *EClinicalMedicine.* 2022;47:101407.
- Sadler K, Arnold F, Dean S. Chronic constipation in adults. *Am Fam Physician.* 2022;106:299-306.
- Wilkinson-Smith V, Bharucha AE, Emmanuel A, Knowles C, Yiannakou Y, Corsetti M. When all seems lost: management of refractory constipation — surgery, rectal irrigation, percutaneous endoscopic colostomy, and more. *Neurogastroenterol Motil.* 2018;30:e13262.
- Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2020;14:39-46.
- Scarpa M, Barollo M, Keighley MRB. Ileostomy for constipation: long-term postoperative outcome. *Colorectal Dis.* 2005;7:224-7.
- Hung LY, Hull TL, Cline MS, Valente MA, Steele SR, Gorgun E. Diverting loop ileostomy in the management of medically refractory constipation cases not falling into classical categories. *Dis Colon Rectum.* 2022; 65:909-16.
- Rao SSC, Seaton K, Miller MJ, Schulze K, Brown CK, Paulson J, et al. Psychological profiles and quality of life differ between patients with dysynergia and those with slow transit constipation. *J Psychosom Res.* 2007;63:441-9.
- Ballou S, Katon J, Singh P, Rangan V, Lee HN, McMahon C, et al. Chronic diarrhea and constipation are more common in depressed individuals. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17:2696-703.
- Adibi P, Abdoli M, Daghighzadeh H, Keshteli AH, Afshar H, Roohafza H, et al. Relationship between depression and constipation: results from a large cross-sectional study in adults. *Korean J Gastroenterol.* 2022;80:77-84.
- Nehra V, Bruce BK, Rath-Harvey DM, Pemberton JH, Camilleri M. Psychological disorders in patients with evacuation disorders and constipation in a tertiary practice. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:1755-8.
- Liang J, Zhao Y, Xi Y, Xiang C, Yong C, Huo J, et al. Association between depression, anxiety symptoms and gut microbiota in Chinese elderly with functional constipation. *Nutrients.* 2022;14:5013.