

Disinergia defecatoria

Maria Claudia Daniela Zagal Poma ¹

Carmen Virginia Alurralde Miranda ²

RESUMEN

La constipación crónica funcional es una patología neuromuscular común y compleja que afecta a gran parte de la población, uno de los principales mecanismos fisiopatológicos de esta condición es la disinergia defecatoria o también llamados trastornos de la evacuación, que se define como la incapacidad de coordinación entre los músculos abdominales y los del piso pélvico durante la defecación. Una detallada historia clínica, evaluar las características de las heces y un adecuado examen rectal digital son herramientas útiles en la evaluación de un paciente con trastornos defecatorios. Criterios clínicos de constipación crónica funcional junto por lo menos dos pruebas funcionales alteradas son necesarios para hacer un diagnóstico adecuado. Dentro del tratamiento, la terapia de biorretroalimentación es la recomendada como primera línea de manejo de la disinergia defecatoria.

Abstract

Chronic functional constipation is a common and complex neuromuscular pathology that affects a large population. One of the main pathophysiological mechanisms of this condition is defecatory dyssynergia or, as Rome IV describes, evacuation disorders, such as the inability to coordinate between the abdominal muscles and those of the pelvic floor during defecation. A detailed clinical history, evaluating the characteristics of the feces and an adequate digital rectal exam are useful tools in the evaluation of a patient with defecation disorders. Clinical criteria for functional chronic constipation together with at least two abnormal functional tests are necessary to make an adequate diagnosis. Within treatment, biofeedback therapy is recommended as the first line of management of defecatory dyssynergia.

Palabras clave: disinergia defecatoria, trastornos de la evacuación

Key words: defecatory dyssynergia, evacuation disorders

1. Médico Residente del Servicio de Gastroenterología de la Clínica Internacional. ORCID 0000-0001-5809-7771

2. Médico asistente de Gastroenterología, Clínica Internacional San Borja. ORCID: 0000-0002-1910-5457

Introducción

La prevalencia mundial de constipación crónica funcional es aproximadamente 14%, sin embargo se considera que este valor subestimado puede ser subestimado.⁽¹⁾ De acuerdo con el estudio epidemiológico global de la fundación Roma; que se realizó en el año 2016 en 33 países de los seis continentes; la prevalencia global del estreñimiento crónico funcional varió entre el 6.6% y el 11.7%, lo que posiciona a esta patología como el trastorno funcional más frecuente a nivel mundial.^(2,3)

La disinergia defecatoria es una de las principales causas de constipación crónica funcional, siendo su prevalencia desconocida ya que el diagnóstico requiere múltiples procedimientos y pruebas de laboratorio.⁽⁴⁾ Existen reportes donde mencionan que la prevalencia de disinergia defecatoria asociado a constipación crónica se ha incrementado del 20 al 81% en los últimos años, sin embargo, la prevalencia de la disinergia podría estar sobreestimada por el gran número de falsos positivos que aparecen en algunos estudios. También mencionan que la prevalencia de la disinergia es 3 veces mayor en el género femenino,⁽⁵⁾ pero no hay variación respecto a la edad.⁽⁴⁾

Fisiopatología

En la constipación crónica los principales mecanismos fisiopatológicos son los fenómenos estructurales, como por ejemplo, la intususcepción rectal de alto grado, el rectocele o el enterocele, impidiendo la expulsión de las heces.

Estas alteraciones pueden presentarse concomitantes con alteraciones funcionales como la hiposensibilidad rectal, que reduce el deseo defecatorio y fomenta conductas como el pujo excesivo sobre el piso pélvico débil.⁽⁶⁾

La etiología de la disinergia defecatoria es desconocida, pero su mecanismo de acción se basa principalmente en la descoordinación de los músculos abdominales, rectoanales y del piso pélvico, reduciendo así la fuerza propulsiva de las heces y causando contracciones paradójicas y falla en la relajación del esfínter anal.⁽⁷⁾

Manifestaciones clínicas

Para el diagnóstico clínico el paciente debe cumplir criterios diagnósticos de constipación crónica funcional

establecidos por ROMA VI, para lo cual debe presentar al menos 2 de los siguientes síntomas: esfuerzo defecatorio, presencia de heces duras, sensación de evacuación incompleta, sensación de obstrucción anorectal, necesidad de maniobras manuales para facilitar la salida de las heces en el 25% de todas las deposiciones, menos de 3 deposiciones por semana y la necesidad del uso de laxantes para presentar heces blandas; estos criterios deben estar presentes en los últimos tres meses y haber iniciados al menos seis meses antes del diagnóstico.⁽⁸⁾ Es importante destacar que paciente con síndrome de colon irritable del subtipo constipación también pueden cursar con disinergia defecatoria, donde el dolor abdominal, que se debe presentar al menos 1 vez al día en la semana por los últimos 3 meses, está relacionado con las deposiciones y/o al cambio de frecuencia o consistencia de las deposiciones. Según la clasificación de Bristol las heces mantienen las características del tipo 1 y 2 en más del 25% de todas las deposiciones.^(8,9)

El dolor abdominal, disconfort abdominal o dolor anal son mencionados como síntomas que acompañan a los criterios de constipación crónica.⁽¹⁰⁾

Es importante mencionar también que estos desórdenes defecatorios están en alta relación con patologías psicológicas que llevan, muchas veces, a empeoramiento del cuadro.⁽¹¹⁾

Procedimientos diagnósticos

Inicialmente para el diagnóstico se deben excluir otro trastorno metabólico o patológico que podría ser el origen del cuadro, la evaluación inicial debe ser el examen físico detallado y una adecuada historia clínica, el tacto rectal y la inspección perineal para evaluar lesiones externas, hemorroides, fisuras, masas o incluso heces impactadas. También se puede hacer uso de cuestionarios de síntomas intestinales, diario intestinal y a escala de Bristol para la evaluación del tránsito colónico en relación a los síntomas.⁽¹²⁾ Los estudios endoscópicos también pueden ser utilizados en pacientes con indicación clínica o algún signo de alarma.⁽⁸⁾

1. Tacto rectal

Es parte del examen físico inicial y revela mucha información para el diagnóstico de la disinergia defecatoria con una sensibilidad de 75% y especificidad del 87%;⁽¹²⁾ permite evaluar la

permeabilidad del canal anal, presencia de sangre, masa o lesión presente que podría causar algún trastorno defecatorio.⁽¹³⁾

Durante este exámen se debe pedir al paciente que pujan para percibir la relajación del esfínter anal inferior y del músculo puborectal, así como el descenso del perineo y, a la vez, examinar el esfuerzo abdominal. La ausencia de alguno de ellos nos podría indicar un cuadro de disineria defecatoria.⁽¹⁴⁾

2. Tránsito Intestinal

Indicado para evaluar entre un tránsito intestinal normal o lento, se realiza indicando al paciente la ingesta de 20-50 marcadores seguido de una radiografía simple de abdomen después de 120 horas. Se define como tránsito lento si el 20% de marcadores está retenido en el día 5 luego de la ingesta de estos.⁽¹²⁾ Aunque es una herramienta útil en la evaluación de pacientes con constipación crónica funcional, amerita de estudios complementarios para el diagnóstico de trastorno de evacuación.

3. Manometría anorectal

Este examen permite evaluar la disineria defecatoria e identificar los diferentes subtipos, así como información sobre la sensibilidad rectal, reflejos y compliance rectal; por ese motivo es esencial para el diagnóstico.⁽¹⁵⁾

En condiciones normales, al momento de la defecación hay un incremento en la presión rectal que esta sincronizada con la relajación del esfínter anal externo, la falta de coordinación entre estos movimientos es la clave para la fisiopatología de la disineria defecatoria y en eso se basan para la clasificación.⁽¹⁶⁾ (Tabla 1)

Tabla 1
Tipos de disineria defecatoria

Tipos	
I	Aumento de la presión intrarrectal (> 45mmHg) y el incremento de la presión anal reflejada en la contracción del esfínter anal.
II	Propulsión inadecuada (< 45mmHg) asociado a contracción paradójica del esfínter anal.
III	Aumento de la presión intrarrectal (> 45mmHg) en ausencia o relajación insuficiente (< 20%) del esfínter anal.
IV	Propulsión inadecuada (< 45mmHg) asociado a relajación insuficiente del esfínter anal.

4. Test de expulsión del balón

Se coloca un balón de 4cm lleno con 50 ml de agua tibia y se coloca en el recto del paciente y se le pide que lo expulse;⁽¹⁷⁾ en condiciones normales se debería observar la salida del balón dentro del primer minuto, sin embargo dependerá de la posición del paciente y el tipo de balón. Es un test con alto valor de especificidad para el diagnóstico de disineria defecatoria (80-90%), pero con baja sensibilidad (50%).⁽¹⁸⁾

5. Defecografía

Evalúa la anatomía del piso pélvico, su movilidad y la evacuación rectal en simultáneo, brinda buena resolución de los esfínteres anales, músculos elevadores del ano y los tejidos blandos alrededor del recto.⁽¹⁹⁾ Generalmente se usa cuando alguno de los test previos no es concluyente.⁽²⁰⁾ Puede realizarse por medio de fluoroscopia o resonancia magnética con la administración rectal de contraste baritado como sustituto de las heces.⁽¹²⁾

Criterios diagnósticos para la disineria defecatoria

Para establecer el diagnóstico deben el paciente debe cumplir criterios de constipación crónica funcional o de síndrome de colon irritable de subtipo constipación y un resultado patológico de los test funcionales que se usan para el diagnóstico. Estos criterios deben estar presentes durante los últimos 3 meses y al menos 6 meses previos al diagnóstico.⁽⁴⁾

Los criterios están enumerados en el siguiente cuadro:

Tratamiento

Criterios para disineria defecatoria	
A	Cumplir con criterios de constipación crónica funcional y/o SCIC
B	Evacuaciones deficientes durante varios intentos defecatorios, demostrados en 2 de los siguientes test: <ol style="list-style-type: none"> 1. Test de expulsión del balón anormal 2. Patrón de evacuación anormal en una manometría o EMG 3. Evacuación deficiente reportada en imágenes

Amerita un enfoque terapéutico con diseño personalizado según el paciente, las comorbilidades y patologías previas en general que pueda tener el paciente, el tratamiento consiste en el manejo estándar para estreñimiento, terapia de biorretroalimentación enfocado a corregir la alteración funcional que pueda

estar desencadenado la defecación disinérgica y otras medidas.

1. Terapia estándar de estreñimiento

Consiste en asesoría clínica y corrección de conductas como ingesta de medicación que causa constipación, conseguir adecuado consumo de fibra (>25gr/d), adecuado consumo de líquidos y ejercicio regular.^(21,22) También se pueden usar fármacos como laxantes; entre ellos tenemos a los osmóticos como el polietilenglicol y a los estimulantes como el bisacodilo o picosulfato de sodio.⁽¹²⁾

Adicionalmente se pueden usar laxantes o drogas nuevas como secretagogos serotoninérgicos, que a pesar de no se han evaluado sistemáticamente para la disinergia defecatoria, muestran efectos favorables en combinación con terapias de biorretroalimentación.⁽²³⁾

2. Terapia de biorretroalimentación

Es una terapia basada en la técnica de acondicionamiento del operador, el objetivo es la corrección de la disinergia y la falta de coordinación de los músculos del abdomen del piso pélvico durante la evacuación.⁽²⁴⁾

Se describen 3 fases de esta terapia, la primera consiste en la evaluación del paciente y la educación, la segunda es la fase activa de la terapia que dura 6 sesiones y la tercera es la fase de reforzamiento, que son 3 sesiones que se realizan a las 3 meses, 6 meses y a los 12 meses; sin embargo, podría ameritar reforzamientos posteriores.⁽²⁵⁾

3. Otras medidas terapéuticas

Estas medidas incluyen la miomectomía, inyección de toxina botulínica o la cirugía, sin embargo han mostrado menor efectividad que la terapia de biorretroalimentación.^(9,26)

Conclusiones

La disinergia defecatoria es una patología común en la población, subestimada debido a su clínica poco específica. El uso de la manometría anorrectal y otros test son de gran utilidad para su diagnóstico y el

tratamiento oportuno junto con cambios de estilo de vida son de importancia para sobrellevar la enfermedad.

Ayudas o fuentes de financiamiento

No existe financiamiento externo.

Recibido: 06 noviembre 2022

Aceptado: 20 noviembre 2022

Conflictos de interés

No existe conflicto de interés.

Bibliografía

- Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2011;106:1582-1591. doi: 10.1038/ajg.2011.164.
- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study *Gastroenterology*. 2021;160(1):99-114.
- Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology*. 2020;158(5):1232-49
- Lacy, B., MD, PhD, Chang, L., MD, Chey, W., MD, Lembo, A., MD, Simrén, M., MD, PhD, & Spiller, R., MD, MB (Eds.). (2017). Chapter 17: Functional Anorectal Disorders. En *Rome IV Functional Gastrointestinal Disorders of Gut-Brain Interaction*. The Rome Foundation.
- Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:609-615. doi: 10.1111/j.1572-0241.1999.922_a.x.
- Rao SS. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008;37:569-586. doi: 10.1016/j.gtc.2008.06.011.
- Rao SS, Tuteja AK, Vellema T, Kempf J, Stessman M. Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. *J Clin Gastroenterol*. 2004;38:680-685. doi: 10.1097/O1.mcg.0000135929.78074.8c.
- Lacy, B., MD, PhD, Chang, L., MD, Chey, W., MD, Lembo, A., MD, Simrén, M., MD, PhD, & Spiller, R., MD, MB (Eds.). (2017). Chapter 11: Bowel disorders. En *Rome IV Functional Gastrointestinal Disorders of Gut-Brain Interaction*. The Rome Foundation.
- Ron Y, Avni Y, Lukovetski A, et al. Botulinum toxin type-A in therapy of patients with anismus. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:1821-1826. doi: 10.1007/BF02234461.
- Rao SS. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008;37:569-586. doi: 10.1016/j.gtc.2008.06.011.
- Suttor VP, Prott GM, Hansen RD, Kellow JE, Malcolm A. Evidence for pelvic floor dyssynergia in patients with irritable bowel syndrome. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:156-160. doi: 10.1007/DCR.Ob013e3181c188e8.
- García-Zermeño, K. R. (2021). Constipación crónica. Conceptos actuales desde la fisiopatología hasta el tratamiento. *Acta gastroenterologica Latinoamericana*, 51(1). <https://doi.org/10.52787/zrrj9030>
- Tantiplachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010;8:955-960. doi: 10.1016/j.cgh.2010.06.031
- Wong RK, Drossman DA, Bharucha AE, et al. The digital rectal examination: a multicenter survey of physicians' and students' perceptions and practice patterns. *Am J Gastroenterol*. 2012;107:1157-1163. doi: 10.1038/ajg.2012.23.
- Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1510-1518. doi: 10.1053/j.gastro.2005.11.064.
- Rao SS, Leelasinjaroen P, Amieva-Balmori M, Sharma A, Patcharatrakul T, Dewitt A. Characterization of dyssynergia phenotypes with high resolution anorectal manometry (HRAM) *Gastroenterology*. 2016;150 doi: 10.1016/S0016-5085(16)30626-6.
- Remes-Troche JM, Rao SS. Diagnostic testing in patients with chronic constipation. *Curr Gastroenterol Rep*. 2006;8:416-424. doi: 10.1007/s11894-006-0028-2.
- Chiarioni G, Kim SM, Vantini I, Whitehead WE. Validation of the balloon evacuation test: reproducibility and agreement with findings from anorectal manometry and electromyography. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12:2049-2054. doi: 10.1016/j.cgh.2014.03.013.
- Lalwani N, Moshiri M, Lee JH, Bhargava P, Dighe MK. Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction. *Radiol Clin North Am*. 2013;51:1127-1139. doi: 10.1016/j.rcl.2013.07.004.
- Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol*. 2014;109:1141-1157. doi: 10.1038/ajg.2014.190.
- Müller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:232-242. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.40885.x.
- Stephen AM, Cummings JH. Mechanism of action of dietary fibre in the human colon. *Nature*. 1980;284:283-284. doi: 10.1038/284283a0.
- Ford AC, Suares NC. Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2011;60:209-218. doi: 10.1136/gut.2010.227132
- Rao SS, Valestin J, Brown CK, Zimmerman B, Schulze K. Long-term efficacy of biofeedback therapy for dyssynergic defecation: randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:890-896. doi: 10.1038/ajg.2010.53.
- Rao SS. Biofeedback therapy for constipation in adults. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2011;25:159-166. doi: 10.1016/j.bpg.2011.01.004.
- Podzemny V, Pescatori LC, Pescatori M. Management of obstructed defecation. *World J Gastroenterol*. 2015;21:1053-1060. doi: 10.3748/wjg.v21.i4.1053.

Correspondencia:

Maria Claudia Daniela Zagal Poma
 Médico Residente del Servicio de Gastroenterología
 de la Clínica Internacional
 Sede San Borja, Av. Guardia Civil 433.
E-mail: zpclau@gmail.com