

Identificación de los diferentes subtipos de defecación disinérgica: estudio descriptivo en un centro de atención terciaria

Mauro Santana  · Tatiana Uehara  · Esteban González Ballerga  · Adriana Tevez 

Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2025;55(1):45-52

Recibido: 20/02/2025 / Aceptado: 24/03/2025 / Publicado online el 31/03/2025 / <https://doi.org/10.52787/agl.v55i1.473>

Resumen

Introducción. La disinergia defecatoria es un trastorno funcional caracterizado por la falta de coordinación entre las contracciones abdominales y la relajación del esfínter anal, lo que provoca constipación crónica. Los síntomas principales incluyen sensación de evacuación incompleta y esfuerzo defecatorio excesivo. Su diagnóstico requiere excluir causas orgánicas y evaluar síntomas de alarma empleando examen rectal digital, manometría anorrectal de alta resolución y test de expulsión del balón. La disinergia defecatoria se clasifica en 4 subtipos según los mecanismos manométricos involucrados.

Objetivo. Describir las características clínicas y manométricas de los pacientes con diagnóstico de sospecha de disinergia defecatoria y estimar la proporción de los diferentes subtipos. **Materiales y métodos.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 170 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de disinergia defecatoria, evaluados en el Hospital de Clínicas José de San Martín. Se realizó manometría anorrectal de alta resolución con un catéter de presión de 12 sensores circunferenciales y un test de expulsión del balón. Se clasificaron los patrones manométricos en 4 subtipos según la capacidad de esfuerzo defecatorio y la relajación esfinteriana. **Resultados.** El promedio fue de 59,3 años (DE 15,7) y el 80,6% de los pacientes fueron mujeres. La distribución de los subtipos fue: tipo I (31,2%), tipo II (17%), tipo III (22,9%) y tipo IV (28,8%). No hubo diferencias significativas en la distribución etaria ($p = 0,558$). La disinergia de tipo IV presentó la mayor proporción de mujeres (95,9%, $p = 0,015$). La presencia de síntomas como sensación de evacuación incompleta, esfuerzo defecatorio y digitación varió entre los subtipos, pero sin diferencias estadísticamente significativas. **Conclusión.** El estudio confirma la heterogeneidad clínica y manométrica en pacientes con disinergia defecatoria. Aunque algunos subtipos muestran mayor asociación con ciertos síntomas, la falta de diferencias significativas sugiere que otros factores podrían influir en la presentación clínica. La manometría anorrectal sigue siendo clave en la evaluación y la clasificación de la disinergia defecatoria.

Correspondencia: Mauro Santana
Correo electrónico: mauro_santana@live.com.ar

Palabras claves. Constipación crónica, constipación funcional, disinergia defecatoria, manometría anorrectal de alta resolución, test de expulsión del balón.

Identification of the Different Subtypes of Dyssynergic Defecation: A Descriptive Study in a Tertiary Care Hospital

Summary

Introduction. Dyssynergic defecation is a functional disorder characterized by a lack of coordination between abdominal contractions and the relaxation of the anal sphincter, leading to chronic constipation. The main symptoms include a sensation of incomplete evacuation and excessive defecatory effort. Diagnosis requires excluding organic causes and evaluating alarm symptoms through digital rectal examination, high-resolution anorectal manometry, and balloon expulsion tests. Dyssynergic defecation is classified into four subtypes based on the manometric mechanisms involved. **Objective.** To describe the clinical and manometric characteristics of patients suspected of having dyssynergic defecation and estimate the proportions of the different subtypes. **Materials and methods.** Observational, descriptive, and retrospective study of 170 patients over 18 years of age diagnosed with dyssynergic defecation, evaluated at Hospital de Clínicas José de San Martín. High-resolution anorectal manometry was performed with a 12-circumferentially-oriented pressure sensors catheter and a balloon expulsion test. Manometric patterns were classified into four subtypes based on defecatory effort and sphincter relaxation. **Results.** Average age was 59.3 years (SD 15.7), and 80.6% of the patients were women. The distribution of the subtypes was as follows: type I (31.2%), type II (17%), type III (22.9%), and type IV (28.8%). No significant differences were found in age distribution ($p = 0.558$). Type IV dyssynergia had the highest proportion of women (95.9%, $p = 0.015$). The presence of symptoms such as incomplete evacuation, defecatory effort, and digitations varied between subtypes, but no statistically significant differences were found. **Conclusion.** The study confirms the clinical and manometric heterogeneity of patients with dyssynergic defecation. While some subtypes show a higher association with certain symptoms, the lack of significant differences suggests that other factors might influence the clinical presentation. High-resolution anorectal manometry remains key in the evaluation and classification of dyssynergic defecation.

Keywords. Chronic constipation, functional constipation,

dyssynergic defecation, high-resolution anorectal manometry, balloon expulsion test.

Abreviaturas

DD: Disinergia defecatoria.

MAAR: Manometría anorrectal de alta resolución.

TEB: Test de expulsión del balón.

VCC: Videocolonoscopia.

RRAI: Reflejo rectoanal inhibitorio.

Introducción

La disinergia defecatoria (DD) se produce por la falta de coordinación entre las contracciones abdominales y la función del esfínter anal, lo que lleva a una contracción paradójica o una relajación incompleta o inexistente del mismo durante las maniobras de defecación; esto se traduce en constipación.¹

Es un trastorno funcional que se engloba dentro de la constipación crónica funcional, la cual se clasifica según su fisiopatología en 4 subtipos: constipación con tránsito normal (60%), constipación con tránsito lento (13%), trastornos de la defecación (25%) y una combinación de los dos últimos, que aparece en un 3% de casos.^{1, 2}

Los síntomas en este trastorno funcional son predominantemente distales como la sensación de evacuación incompleta, esfuerzos defecatorios repetidos de intensidad excesiva, maniobras digitales de ayuda para la defecación. Sin embargo, los síntomas no sirven para distinguir de manera consistente a los pacientes con DD de los que no la tienen, es por ello que solo pueden sugerirnos la presencia de un trastorno anorrectal, ya que son inespecíficos.³

Para un mejor manejo de estos conceptos se definieron por consenso los criterios diagnósticos de Roma IV,^{1, 4} los cuales clasifican a la DD dentro de los trastornos funcionales anorrectales. Para su diagnóstico es necesario, en primer lugar, cumplir con los criterios diagnósticos de constipación funcional o síndrome de intestino irritable de tipo constipación. En segundo lugar, demostrar durante repetidos intentos de maniobras defecatorias, la presencia de una evacuación alterada en 2 de las 3 siguientes pruebas: test de expulsión del balón (TEB), manometría o electromiografía anal, pruebas de imágenes (defecografía, resonancia magnética dinámica de pelvis).

Los sujetos que cumplen con estos criterios se dividen en 2 subcategorías:

- Propulsión defecatoria inadecuada, con o sin contracción alterada del esfínter anal y/o de los músculos del suelo pélvico, evaluado mediante manometría.

- Disinergia defecatoria, con contracción del suelo pélvico alterada, valorado mediante manometría anorrectal o sonda anal de electromiografía, con una correcta propulsión defecatoria durante la maniobra de defecación.

Estos criterios deben haber estado cumpliéndose durante los últimos 3 meses, y los síntomas haber aparecido, como mínimo, 6 meses antes del diagnóstico.^{1, 4}

Para abordar su diagnóstico, lo primero es excluir una causa orgánica, alteraciones anatómicas, metabólicas (hipotiroidismo, diabetes *mellitus*), farmacológicas (fármacos que provocan constipación), etc. Es importante detectar la presencia de síntomas de alarma (test de sangre positivo en heces, pérdida de peso, anemia o antecedentes familiares relevantes) para indicar la realización de una videocolonoscopia (VCC). En pacientes sin síntomas de alarma igualmente es adecuado contar con una anoscopia o una rectosigmoidoscopia que nos ayude a descartar lesiones inflamatorias, neoplásicas o presencia de úlcera rectal solitaria. En cuanto al examen físico, es de buena práctica realizar una inspección anal y un tacto rectal para descartar la presencia de otras patologías de tipo estructural (estenosis, masas, prolapsos) y valorar el tono muscular del esfínter anal y del músculo puborrectal. Luego se puede valorar la dinámica defecatoria, siendo esto especialmente útil para acercarnos al diagnóstico cuando no se dispone de las técnicas diagnósticas específicas, ya que mediante este se puede poner de manifiesto un periné descendido, enterocele, prolapsos internos, rectocele e incluso la contracción paradójica del esfínter anal.¹

La manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) es una prueba diagnóstica fundamental para el estudio de la DD. Su principal utilidad es evaluar la actividad motora de la región anorrectal, la sensibilidad rectal, los reflejos rectoanales y la función del esfínter anal, tanto en reposo como durante la defecación. En los sujetos sanos se observa un aumento de la presión rectal acompañado de la relajación del esfínter anal durante la maniobra defecatoria.⁵

Como método complementario podemos utilizar el TEB, que ha demostrado su utilidad diagnóstica en trastornos defecatorios, con una especificidad del 86% y una sensibilidad del 73,9% para la identificación de DD. Consiste en la colocación en la ampolla rectal de una sonda que lleva un balón en su extremo con la intención de simular la presencia de heces; dicho balón

se rellena con 50 ml de agua templada para desencadenar la sensación de defecación. Se indica al paciente que se siente en un inodoro, en privado, y se le pide que realice esfuerzos defecatorios con la intención de expulsar el balón. El balón debe ser expulsado dentro de los 2 minutos.

En base a la MAAR, se subclasifica la DD en 4 patrones de acuerdo con los cambios en la presión intrarrectal y el porcentaje de relajación anal.⁶

El objetivo del siguiente estudio es describir las características clínicas y manométricas en pacientes con diagnóstico de DD y estimar la proporción de los diferentes subtipos de DD.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los registros clínicos y manométricos de 170 pacientes mayores de 18 años que cumplían con los criterios de DD.

Todos los pacientes fueron evaluados previamente en el consultorio de Neurogastroenterología de la División Gastroenterología del Hospital de Clínicas José de San Martín a través de una anamnesis completa en la que se consignaron los síntomas y los antecedentes personales de la enfermedad actual.

A los pacientes mayores de 50 años o con síntomas de alarma se les solicitó sistemáticamente realizar una VCC con el objetivo de descartar lesiones inflamatorias y/o neoplásicas.¹

Luego se realizó una MAAR con equipo ManoScan™ AR (Medtronic, Minneapolis, MN, EE.UU.) siguiendo los lineamientos del protocolo estandarizado del Consenso Internacional de Londres.⁸ El equipo utilizado se compone de un catéter de presión de estado sólido (cáteter ManoScan™ AR). La sonda posee 12 sensores de presión circunferenciales que incluyen 10 sensores a intervalos de 6 mm a lo largo del canal anal y 2 sensores en el balón rectal. Los sensores de presión están afectados por diferencias de las temperaturas corporal y ambiental. Un algoritmo de compensación térmica se encuentra acoplado en el software para ser aplicado al estudio y corregir este fenómeno.^{5, 7-8}

A todos los pacientes se les indicó evitar relajantes musculares y anticolinérgicos, y no realizar ayuno. Asimismo, se les solicitó la aplicación de un enema 2 horas antes del estudio. Posteriormente, se les pidió colocarse en decúbito lateral izquierdo, con las rodillas flexionadas. Antes de colocar la sonda se realizó una inspección de la región perianal para identifi-

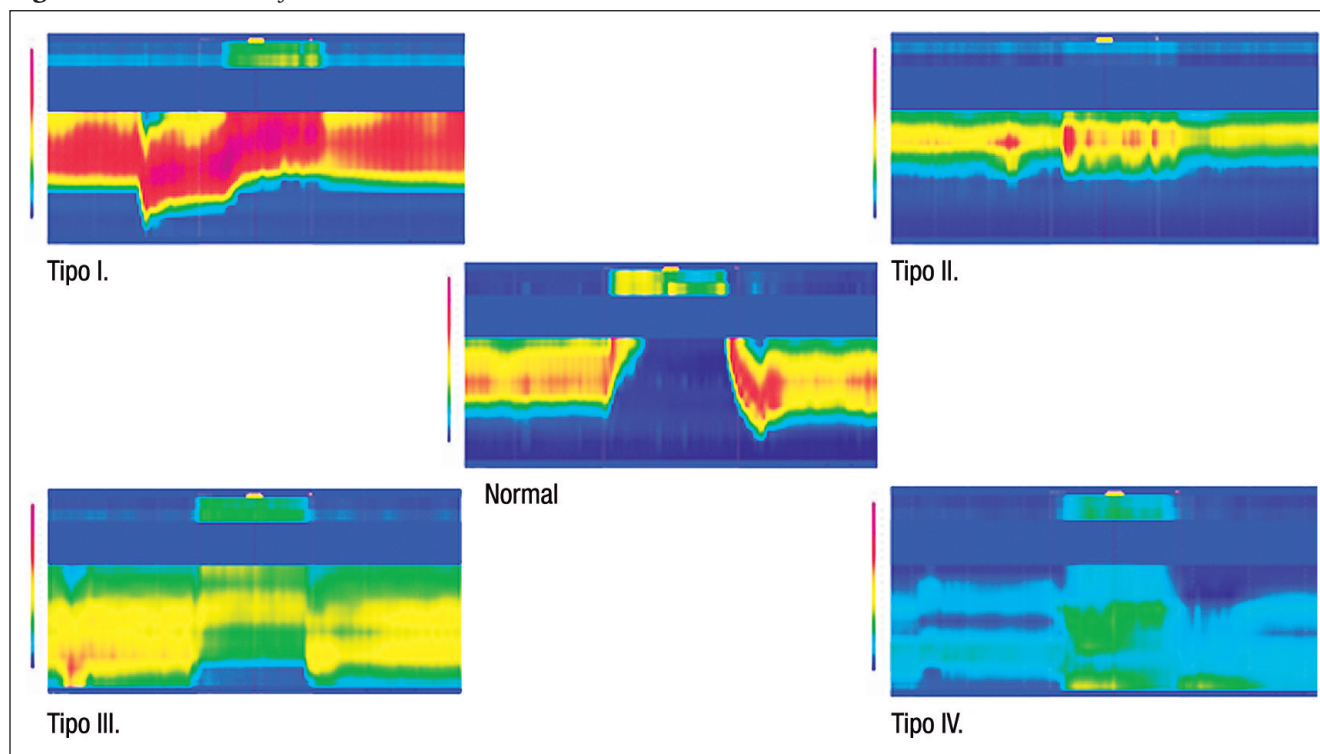
car fisuras, fístulas, heridas y hemorroides grandes o congestivas. A continuación, se realizó primero una evaluación sensorial de la región perianal con un hisopo y luego el examen rectal funcional para verificar la adecuada preparación del paciente, y la evaluación anatómica y funcional anorrectal. Durante este examen se les solicitó realizar una contracción voluntaria y una maniobra de pujo para valorar el tono muscular de los esfínteres y del músculo puborrectal, y la dinámica defecatoria. Comúnmente, la sonda lubricada se inserta suavemente 14 centímetros en el recto. Está orientada con su aspecto dorsal hacia la pared posterior del paciente, lo que permite una lectura detallada de las mediciones del recto y del canal anal con respecto a la orientación de la sonda. La misma se deja un periodo de aproximadamente 3-5 minutos para que el paciente tenga tiempo de relajarse y se comienza el estudio con la medición de la presión anal en reposo durante 20 segundos.^{7,8} Luego se continuó con las contracciones voluntarias, solicitando a los pacientes que realicen 3 contracciones del canal anal de 5 segundos, separadas por 30 segundos cada una. Posteriormente se les solicitó que realicen 3 maniobras de pujo como si defecaran, de 15 segundos de duración, separadas por un intervalo de recu-

peración entre maniobra de 30 segundos. Se continuó con la búsqueda del reflejo rectoanal inhibitorio (RRAI). Para ello se insufló el balón con 30 ml de aire y se observó normalmente el aumento de la presión rectal y el descenso de la presión anal. Luego se realizaron pruebas de sensibilidad defecatoria que consisten en ir insuflando el balón rectal cada 10 ml hasta que se informe la primera sensación, la sensación de deseo defecatorio y la sensación molesta o dolorosa referida como máximo volumen tolerado. Para finalizar, se realizó en todos los pacientes un TEB que se realiza insuflando un balón (sonda Folley) hasta 50 ml. Se sugiere que la mejor posición para realizar este test es en una silla que simule un inodoro donde se le pide al paciente que puje y lo expulse dentro de los 2 minutos. Si logra expulsarlo se considera un test positivo.^{5,7-8}

Posteriormente se realizó el análisis de los datos manométricos utilizando el software ManoView™ (Medtronic, Minneapolis, MN, EE.UU.) Para la evaluación de las maniobras de evacuación o el pujo utilizamos dos medidas principales: la presión rectal (que debe ser mayor a 40 mmhg) y la presión del canal anal (debe disminuir durante el pujo más del 20% respecto a la basal).⁷

La DD se clasificó en 4 patrones⁶ (Figura 1).

Figura 1. Patrones de defecación



En un patrón normal de defecación, el sujeto genera una adecuada presión intrarrectal y relaja el esfínter anal simultáneamente. En la defecación disinérgica, se observan 4 patrones anormales: Tipo I, II, III, IV.

Tipo I: el paciente puede generar un esfuerzo defecatorio adecuado (aumento de la presión intraabdominal) con una contracción paradójica del esfínter anal.

Tipo II: el paciente no puede generar un esfuerzo defecatorio adecuado (no aumenta la presión intrarrectal) y puede presentar una contracción paradójica.

Tipo III: el paciente puede generar un esfuerzo defecatorio adecuado pero la relajación del esfínter anal es incompleta (< 20%) o inexistente.

Tipo IV: el paciente no puede generar un esfuerzo defecatorio adecuado y además la relajación esfinteriana es incompleta o inexistente.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas de los pacientes, expresando las variables continuas mediante media y desvío estándar (DE), y las variables categóricas en frecuencias y porcentajes. Para la comparación de la edad entre los diferentes subtipos de disinergia, se utilizó un análisis de varianza de una vía (ANOVA, por sus siglas en inglés) y se verificó la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Bartlett. La distribución de los subtipos de disinergia según el sexo y la capacidad de expulsión del balón se analizó mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Se consideró un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. Todos los análisis fueron realizados con el software Stata 18 (StataCorp, College Station, TX, EE. UU.).

Aspectos éticos

Antes de realizar la MAAR los pacientes firmaron un consentimiento para autorizar la utilización de los datos de conformidad con la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales (*Habeas Data*), la Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, los lineamientos de la Guía para Investigaciones con Seres Humanos (Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación), el Código de Nüremberg, la Declaración de Helsinki y sus modificaciones.

Resultados

Características basales

En una muestra total de 170 participantes, la edad promedio fue de 59,3 años con desvío estándar de 15,7 años. En cuanto a la distribución por sexo, el 80,6% (n=137) fueron mujeres y el 19,4% (n=33), hombres. Respecto a la sensación de evacuación incompleta, el 44,1% (n=75) reportó esta sensación; el 24,7% (n=42) no la presentó, y hubo 31,2% (n=53) de datos faltantes.

En relación con el esfuerzo evacuatorio, el 50% (n=85) manifestó realizarlo, el 17,6% (n=30) indicó que no, y en el 32,4% (n=55) de los casos la información no estuvo disponible. Finalmente, en cuanto a la digitación, el 32,4% (n=55) la utilizaba, el 37,1% (n=63) no, y el 30,6% (n=52) de los datos no estaban disponibles (Tabla 1).

Tabla 1. Características basales de la población

	Total (n=170)
Edad	
Media (DS)	59,3 (15,7)
Sexo	
F	137 (80,6%)
M	33 (19,4)
Sensación evacuación incompleta	
no	42 (24,7%)
si	75 (44,1%)
Datos faltantes	53 (31,2%)
Esfuerzo evacuatorio	
no	30 (17,6%)
si	85 (50,0%)
Datos faltantes	55 (32,4%)
Digitación	
no	63 (37,1%)
si	55 (32,4%)
Datos faltantes	52 (30,6%)

Subtipos de disinergia

Según la clasificación de DD se obtuvieron los siguientes resultados: 53 (31,17%, IC95% 24-39) presentaron disinergia de tipo I, 29 (17%, IC95% 12-24) presentaron disinergia de tipo II, 39 (22,94%, IC95% 17-30) presentaron disinergia de tipo III y 49 (28,8%, IC95% 22-36) presentaron disinergia de tipo IV.

Subtipos de disinergia en función de la edad

Los pacientes con disinergia de tipo I presentaron una edad media de 61,4 años (DE 14,9), mientras que aquellos con disinergia de tipos II, III y IV mostraron edades medias de 57,1 años (DE 18,2), 60 años (DE 16,1) y 57,8 años (DE 14,7), respectivamente. A pesar de las diferencias observadas entre los grupos, el análisis de varianza no mostró una diferencia estadísticamente significativa en la edad según el subtipo de disinergia ($p = 0,558$), lo que sugiere que la distribución etaria es homogénea entre los distintos patrones de disinergia identificados.

Subtipos de disinergia en función del sexo

Se observó una distribución diferencial del sexo entre los distintos subtipos de disinergia. En general, el 80,59% de los pacientes fueron mujeres y el 19,41%, hombres. La disinergia de tipo IV presentó la mayor proporción de mujeres (95,92%), seguida por los tipos II (75,86%), III (74,36%) y I (73,58%). En contraste, los hombres estuvieron más representados en la disinergia de tipo I (26,42%) y de tipo III (25,64%), mientras que en la disinergia de tipo IV solo el 4,08% de los pacientes fueron hombres. La prueba de chi-cuadrado mostró una diferencia estadísticamente significativa en la distribución del sexo entre los subtipos de disinergia ($p = 0,015$), lo que sugiere que el sexo podría influir en la manifestación de los distintos patrones manométricos de disinergia.

Subtipos de disinergia en función de los síntomas de presentación

El Tipo I de disinergia mostró la mayor proporción de pacientes con sensación de evacuación incompleta (75%), seguido por el Tipo IV (70,6%) y el Tipo III (55,6%). En contraste, el Tipo II presentó la menor proporción, donde solo el 45% de los pacientes reportó este síntoma. Sin embargo, estas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas ($p = 0,09$).

Entre los subtipos de disinergia, el Tipo II mostró la mayor proporción de pacientes con esfuerzo evacuatorio (80%), seguido por el Tipo I (75%) y el Tipo III (73,1%). En el Tipo IV, la proporción fue del 66,7%, la más baja entre los subtipos. Estas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas ($p = 0,72$).

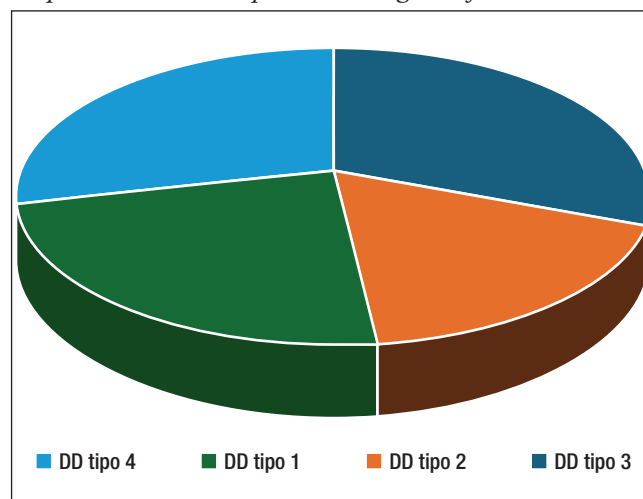
Dentro de cada subtipo de disinergia, la frecuencia de digitación varió. El Tipo III tuvo la mayor proporción de pacientes que utilizaron la digitación (55,6%), seguido por el Tipo I (48,7%) y el Tipo II (45%). En contraste, el Tipo IV mostró la menor frecuencia de digitación, donde solo el 38,2% de los pacientes reportó haberla usado. Estas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas ($p = 0,6$).

Subtipos de disinergia en función del resultado del TEB

Del total de los 170 pacientes a 135 (79,4%) se les realizó el TEB. Se observó que la tasa de expulsión del balón fue baja en todos los subtipos de disinergia, con un porcentaje global del 18,24%. Entre los distintos subtipos, la mayor proporción de pacientes que lograron expulsar el balón correspondió a la disinergia de tipo III (28,21%), mientras que la menor tasa se observó en la disinergia de tipo IV (12,24%). Sin embar-

go, la distribución de la expulsión del balón entre los subtipos de disinergia no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,243$), lo que sugiere que el TEB podría no discriminar de manera efectiva entre los diferentes patrones manométricos de disinergia.

Proporción de los subtipos de disinergias defecatorias



Discusión

En esta cohorte de 170 pacientes, la distribución de los subtipos de disinergia mostró que el 31,2% presentó disinergia de tipo I, el 17% de tipo II, el 22,9% de tipo III y el 28,8% de tipo IV. No se observaron diferencias etarias significativas entre los subtipos ($p = 0,558$), pero sí una asociación entre el sexo y el tipo de disinergia ($p = 0,015$), con una mayor proporción de mujeres en la disinergia de tipo IV (95,9%) y una mayor representación de hombres en los tipos I (26,4%) y III (25,6%). En cuanto a los síntomas, la sensación de evacuación incompleta fue más frecuente en los pacientes con disinergia de tipo I (75%) y de tipo IV (70,6%), mientras que el tipo II mostró la menor proporción (45%), aunque sin alcanzar significancia estadística ($p = 0,09$). De manera similar, el esfuerzo evacuatorio fue más común en la disinergia de tipo II (80%) y menos frecuente en la del tipo IV (66,7%) ($p = 0,72$). La necesidad de digitación fue más prevalente en los pacientes con disinergia de tipo III (55,6%) en comparación con los tipos I (48,7%), II (45%) y IV (38,2%) ($p = 0,6$). Además, en el 79,4% de los pacientes se realizó el TEB con una tasa global de expulsión del 18,2%, siendo mayor en la disinergia de tipo III (28,2%) y menor en la de tipo IV (12,2%), sin diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,243$). Estos hallazgos sugieren que, si bien ciertos patrones de disinergia presentan una mayor tenden-

cia a asociarse con síntomas específicos, la variabilidad clínica y la falta de significancia estadística en algunos análisis resaltan la complejidad en la relación entre la fisiopatología de la disineria y su manifestación sintomática.

En primer lugar, la prevalencia de los distintos subtipos de DD en nuestra población de estudio es consistente con estudios previos que han utilizado la MAAR para su caracterización. Grossi y col. encontraron que la disineria de tipo IV fue la más prevalente en pacientes con constipación funcional, lo que concuerda con nuestro hallazgo de que el 28,8% de los pacientes presentaron este tipo de disineria.¹¹ Asimismo, Soh y col. reportaron que el 77,2% de los pacientes con constipación crónica evaluados con la MAAR presentaban patrones de disineria, con una distribución de subtipos similar a la observada en nuestro estudio.¹⁰

El TEB es una herramienta útil para evaluar la evacuación rectal y su asociación con la DD. En nuestro estudio, solo el 18,5% de los pacientes logró expulsar el balón, lo que respalda la evidencia de que este test tiene una sensibilidad limitada, pero sigue siendo un complemento diagnóstico importante para la caracterización de la DD.⁶ En este sentido, la combinación de pruebas funcionales, como la manometría anorrectal y el TEB, es fundamental para el diagnóstico preciso y la selección de estrategias terapéuticas adecuadas.

Desde una perspectiva terapéutica, el *biofeedback* es considerado la opción de tratamiento más eficaz para la DD. Estudios como el de Yu y col. han demostrado que el *biofeedback* mejora significativamente los síntomas de la DD y que ciertos factores, como el umbral sensorial rectal elevado y la presencia de síntomas depresivos, pueden influir en la respuesta al tratamiento.⁹ Esto subraya la importancia de una evaluación integral del paciente que incluya factores fisiológicos y psicológicos para optimizar los resultados del tratamiento.

En conclusión, nuestros hallazgos contribuyen a una mejor comprensión de la distribución de los subtipos de DD y su correlación con pruebas funcionales como la manometría anorrectal y el TEB. Además, resaltan la necesidad de estrategias terapéuticas personalizadas, como el *biofeedback*, para mejorar los resultados clínicos en estos pacientes.

Si bien la manometría anorrectal es el estándar para el diagnóstico de la DD, su precisión para discriminar entre pacientes con DD y controles sanos ha sido cuestionada. Grossi y col. encontraron que hasta el 87% de los voluntarios sanos presentaban patrones manométricos anormales que se considerarían indicativos de DD.¹¹ Este hallazgo resalta la necesidad de utilizar una combinación

de pruebas diagnósticas, como el TEB y los estudios de imagen, para mejorar la precisión diagnóstica.

La identificación precisa de la DD es fundamental, ya que los pacientes con este trastorno responden mejor a la terapia de *biofeedback* en comparación con otros tratamientos, como laxantes o cambios dietéticos.⁹ Estudios han demostrado que la eficacia del *biofeedback* puede verse afectada por factores como el estado psicológico y la sensibilidad rectal, por lo que una evaluación integral de los pacientes es crucial para optimizar su manejo.⁹

Este estudio reafirma la heterogeneidad de la DD y la importancia de una evaluación manométrica detallada para su diagnóstico. Si bien no se encontraron diferencias etarias significativas entre los subtipos, sí se observó una asociación significativa con el sexo. Además, la baja tasa de expulsión del balón sugiere una alteración generalizada en la función defecatoria en esta población. La alta prevalencia de patrones manométricos anormales en voluntarios sanos descrita en estudios previos subraya la necesidad de interpretar los hallazgos manométricos en el contexto clínico de cada paciente.

Entre las principales fortalezas de este estudio se encuentra el análisis detallado de una cohorte numerosa de pacientes con diagnóstico de sospecha de disineria defecatoria (DD), lo que permite describir con precisión la distribución de los distintos subtipos. Además, se utilizaron pruebas objetivas como la MAAR y el TEB, lo que otorga mayor validez a los hallazgos. Asimismo, el uso de análisis estadísticos permitió evaluar la relación entre variables clínicas y manométricas, y proporcionar así una visión integral del problema.

Sin embargo, este estudio también presenta limitaciones. En primer lugar, al tratarse de un diseño retrospectivo, no fue posible estandarizar ciertos aspectos metodológicos, como la evaluación clínica previa de los pacientes o la forma en que se realizaron las pruebas complementarias, lo que podría haber introducido sesgos en la clasificación de los subtipos de DD. En segundo lugar, la falta de un grupo control de sujetos sanos impide determinar la especificidad de los hallazgos manométricos en relación con la población general, un aspecto que ha sido señalado en estudios previos como una limitación en el diagnóstico de la DD.¹¹ Además, la baja tasa de expulsión del balón en todos los subtipos sugiere que este test podría no ser suficientemente discriminativo para diferenciar entre los distintos patrones de disineria, lo que ha sido descrito en otras investigaciones.¹⁰

Por último, aunque el análisis de la distribución por sexo mostró diferencias significativas entre los subtipos, no se evaluaron otros factores clínicos y fisiológicos que podrían influir en la presentación de la DD, como ante-

cedentes obstétricos en mujeres o comorbilidades asociadas. Futuros estudios prospectivos, con una metodología más homogénea y la inclusión de un grupo control, permitirían mejorar la comprensión de la DD y su impacto clínico.

Consentimiento para la publicación. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente o su padre, tutor o familiar, para la publicación de los datos y/o imágenes clínicas en beneficio de la ciencia. La copia del formulario de consentimiento se encuentra disponible para los editores de esta revista.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos, las figuras y las tablas presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor



© 2025 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los

términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Santana M, Uehara T y González Ballerga E. Identificación de los diferentes subtipos de defecación disinérgica: estudio descriptivo en un centro de atención terciaria. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2025;55(1):45-52. <https://doi.org/10.52787/agl.v55i1.473>

Referencias

- Ramos-Clemente Romero MT, Calle Gómez A, Viejo Almanzor A, Soria de la Cruz MJ. Disinergia defecatoria. *RAPD Online*. 2018; 41 (2): 78-83.
- Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, Rath DM. Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum*. 1997 Mar; 40 (3): 273-9. DOI: [10.1007/BF02050415](https://doi.org/10.1007/BF02050415). Erratum in: *Dis Colon Rectum* 1997 May; 40 (5): 529. PMID: 9118740.
- Rao SS, Patcharatkul T. Diagnosis and Treatment of Dyssynergic Defecation. *J Neurogastroenterol Motil*. 2016 Jul 30; 22 (3): 423-35. DOI: [10.5056/jnm16060](https://doi.org/10.5056/jnm16060). PMID: 27270989; PMCID: PMC4930297.
- Rao SS, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles C, Malcolm A, Wald A. Functional Anorectal Disorders. *Gastroenterology*. 2016 Mar 25:S0016-5085 (16) 00175-X 10.1053/j.gastro.2016.02.009. DOI: [10.1053/j.gastro.2016.02.009](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.009). Epub ahead of print. PMID: 27144630; PMCID: PMC5035713.
- Ciriza de Los Ríos C, Mínguez M, Remes-Troche JM, Lacima G. High-resolution and high-definition anorectal manometry: rediscovering anorectal function. *Rev Esp Enferm Dig*. 2018 Dec; 110 (12): 794-805. DOI: [10.17235/reed.2018.5705/2018](https://doi.org/10.17235/reed.2018.5705/2018). PMID: 30345781.
- Rao SS. Dyssynergic defecation and biofeedback therapy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008 Sep; 37 (3): 569-86, viii. DOI: [10.1016/j.gtc.2008.06.011](https://doi.org/10.1016/j.gtc.2008.06.011). PMID: 18793997; PMCID: PMC2575098.
- Madrid, Diana & Hani, Albis & Costa, Valeria & Leguizamo, Ana & Leal, Gerardo & Hani, Andrés. (2019). Cómo realizar e interpretar una manometría anorrectal de alta resolución. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 34. 404-410. DOI: [10.22516/25007440.411](https://doi.org/10.22516/25007440.411)
- Carrington EV, Heinrich H, Knowles CH, Fox M, Rao S, Altomare DF, Bharucha AE, Burgell R, Chey WD, Chiarioni G, Dinning P, Emmanuel A, Farouk R, Felt-Bersma RJF, Jung KW, Lembo A, Malcolm A, Mittal RK, Mion F, Myung SJ, O'Connell PR, Pehl C, Remes-Troche JM, Reveille RM, Vaizey CJ, Vitton V, Whitehead WE, Wong RK, Scott SM; All members of the International Anorectal Physiology Working Group. The international anorectal physiology working group (IAPWG) recommendations: Standardized testing protocol and the London classification for disorders of anorectal function. *Neurogastroenterol Motil*. 2020 Jan; 32 (1):e13679. DOI: [10.1111/nmo.13679](https://doi.org/10.1111/nmo.13679). Epub 2019 Aug 12. PMID: 31407463; PMCID: PMC6923590.
- Yu T, Shen X, Li M, Wang M, Lin L. Efficacy and Predictors for Biofeedback Therapeutic Outcome in Patients with Dyssynergic Defecation. *Gastroenterol Res Pract*. 2017; 2017: 1019652. DOI: [10.1155/2017/1019652](https://doi.org/10.1155/2017/1019652). Epub 2017 Aug 29. PMID: 28951737; PMCID: PMC5603133.
- Soh JS, Lee HJ, Jung KW, Yoon IJ, Koo HS, Seo SY, Lee S, Bae JH, Lee HS, Park SH, Yang DH, Kim KJ, Ye BD, Byeon JS, Yang SK, Kim JH, Myung SJ. The diagnostic value of a digital rectal examination compared with high-resolution anorectal manometry in patients with chronic constipation and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol*. 2015 Aug; 110 (8): 1197-204. DOI: [10.1038/ajg.2015.153](https://doi.org/10.1038/ajg.2015.153). Epub 2015 Jun 2. PMID: 26032152.
- Grossi U, Carrington EV, Bharucha AE, Horrocks EJ, Scott SM, Knowles CH. Diagnostic accuracy study of anorectal manometry for diagnosis of dyssynergic defecation. *Gut*. 2016 Mar; 65 (3): 447-55. DOI: [10.1136/gutjnl-2014-308835](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2014-308835). Epub 2015 Mar 12. PMID: 25765461; PMCID: PMC4686376.