



Clínica cotidiana

Estreñimiento pertinaz

Laura Morales Blasco^{a,*}, Carlos Moreno Gálvez^b, Blanca Ascaso Adiego^a,
 María Isabel Funes Julián^a, Cristina Álvarez Sanagustín^a, Llara García Capa^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza II. Zaragoza. ^bEndocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

^cMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de agosto de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Estreñimiento

Diverticulitis colónica

Colonic

Atención primaria

Diagnóstico diferencial

Laxantes

R E S U M E N

El estreñimiento constituye un motivo de consulta frecuente en atención primaria, especialmente en pacientes de edad avanzada, donde suele tener una etiología multifactorial. Aunque en la mayoría de los casos se trata de un trastorno funcional, deben considerarse causas orgánicas ante signos de alarma o mala respuesta al tratamiento habitual. Presentamos un caso de estreñimiento severo como forma de presentación de una diverticulitis aguda no complicada en una mujer de 77 años. A través del análisis clínico y diagnóstico, se revisan los aspectos clave en la evaluación del estreñimiento desde atención primaria, destacando la importancia de un abordaje escalonado, centrado en la detección precoz de signos de alarma, la selección adecuada de tratamientos y la indicación oportuna de pruebas complementarias y derivaciones. Este caso ilustra la relevancia del juicio clínico del médico de familia ante síntomas comunes que pueden enmascarar enfermedades potencialmente graves.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Persistent constipation

A B S T R A C T

Constipation is a frequent reason for consultation in primary care, especially in elderly patients, where it often has a multifactorial etiology. Although in most cases it is a functional disorder, organic causes should be considered in the presence of alarm signs or poor response to usual treatment. We present a case of severe constipation as a presentation of uncomplicated acute diverticulitis in a 77-year-old woman. Through clinical and diagnostic analysis, we review the key aspects in the evaluation of constipation in primary care, highlighting the importance of a stepwise approach, focused on the early detection of alarm signs, the appropriate selection of treatments, and the timely ordering of complementary

Keywords:

Constipation

Colonic diverticulitis

Primary Health Care

Differential diagnosis

Laxatives

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: moralesblascolaura@gmail.com (L. Morales Blasco).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.025>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

tests and referrals. This case illustrates the relevance of the family physician's clinical judgment when faced with common symptoms that can mask potentially serious diseases.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Descripción del caso clínico

Paciente mujer de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial, en tratamiento estable con candesartán/hidroclorotiazida 16/12,5 mg diarios y con diagnóstico previo de diverticulosis colónica. Acude a consulta por ausencia de deposiciones durante nueve días, acompañada de dolor en hemiabdomen inferior y lumbalgia. No presentó fiebre ni disuria.

En la exploración física está afebril, en buen estado general. Abdomen blando, depresible, con dolor leve a la palpación en hemiabdomen inferior y mate a la percusión. El hemiabdomen superior era timpánico. El peristaltismo estaba disminuido y el tacto rectal fue normal. Se realiza tira reactiva de orina sin hallazgos patológicos.

Inicialmente se indica una pauta de desimpactación con macrogol y posteriormente tres sobres al día, junto a enemas rectales e intensificación de medidas higiénico-dietéticas.

Al no presentar mejoría tras tres días, se modifica el tratamiento a parafina líquida 1-2 veces al día y metoclopramida cada 8 horas. Se solicitó una radiografía simple de abdomen (luminograma inespecífico, sin dilataciones, con gas distal) y analítica general sin alteraciones relevantes.

Ante persistencia del cuadro tras 48 horas, con aumento de la distensión abdominal, vómitos y dolor más localizado en fosa iliaca izquierda, fue derivada a urgencias hospitalarias.

Allí se repitió la radiografía (sin cambios) y se realizó ecografía abdominal, que mostró presencia de divertículos en sigma y colon descendente, con engrosamiento mural difuso e hiperecogenicidad de la grasa pericólica, hallazgos compatibles con diverticulitis aguda no complicada.

Se inició tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico), enemas evacuantes y laxantes. Se programó colonoscopia y seguimiento en consulta de aparato digestivo.

Comentario

El estreñimiento es un motivo de consulta frecuente en atención primaria, con una prevalencia estimada del 15-20 % en la población general, que aumenta significativamente con la edad, alcanzando hasta un 30-40 % en mayores de 65 años¹. Se define clínicamente como una alteración del ritmo intestinal caracterizada por una disminución en la frecuencia de las deposiciones, esfuerzo excesivo, heces duras o sensación de evacuación incompleta. El diagnóstico puede establecerse según los criterios de Roma IV, que requieren la presencia de

al menos dos de estos síntomas durante un mínimo de tres meses en los últimos seis meses².

Es fundamental distinguir entre el estreñimiento funcional, más frecuente, y el secundario a causas orgánicas, metabólicas o farmacológicas. En los pacientes mayores, esta diferenciación cobra especial importancia por la mayor carga de comorbilidad, polimedicación y fragilidad³. Dentro de las causas secundarias destacan las alteraciones estructurales como la neoplasia colorectal, la estenosis, la enfermedad diverticular complicada y otras causas como el hipotiroidismo, la diabetes mellitus o los efectos adversos de fármacos, incluyendo diuréticos, opioides o calcioantagonistas^{4,5}.

La anamnesis debe ser detallada e incluir la cronología de los síntomas, características de las heces, hábitos dietéticos, nivel de actividad física y tratamientos en curso. Es crucial la identificación de signos de alarma, como inicio reciente en mayores de 50 años, pérdida de peso inexplicada, hemorragia digestiva, anemia ferropénica, fiebre o síntomas constitucionales⁶. La exploración física debe incluir el examen abdominal, la auscultación del peristaltismo, la percusión para detectar distensión o masas y el tacto rectal para valorar impactación o lesiones anorrectales.

En cuanto al abordaje diagnóstico, no suele ser necesario realizar pruebas complementarias en la fase inicial. En cambio, si los síntomas son refractarios al tratamiento o aparecen datos de alarma, debe plantearse una evaluación más profunda mediante pruebas de imagen y analítica general. La radiografía simple de abdomen puede aportar datos orientativos, como fecalomas o distensión, aunque su sensibilidad es limitada⁷. La ecografía abdominal, por su disponibilidad y seguridad, es una herramienta útil en atención hospitalaria para valorar complicaciones de la enfermedad diverticular, como en el caso presentado⁸. La colonoscopia, por su valor diagnóstico, debe diferirse al menos seis semanas tras la resolución de un cuadro de diverticulitis, para excluir otras patologías como tumores o estenosis⁹.

El tratamiento del estreñimiento funcional debe iniciarse con medidas generales: aumento de la ingesta de líquidos, incremento del consumo de fibra (entre 20 y 30 g al día), actividad física regular y establecimiento de una rutina defecatoria. Si estas medidas no son suficientes, se puede recurrir a laxantes, comenzando con los de tipo osmótico, como el polietilenglicol o la lactulosa¹⁰. En casos refractarios, se puede asociar parafina líquida o incluso estimulantes como el bisacodilo, aunque estos últimos se recomiendan para uso ocasional¹¹.

La diverticulitis aguda no complicada representa la forma más común de presentación de la enfermedad diverticular sintomática. Su diagnóstico puede establecerse mediante eco-

grafía o tomografía computarizada, según la disponibilidad del centro¹². El tratamiento antibiótico ambulatorio con cobertura para flora anaerobia y gramnegativa suele ser eficaz, reservando el ingreso hospitalario para los casos complicados o con mala evolución¹³.

El estreñimiento en personas mayores debe ser abordado con una estrategia clínica estructurada desde atención primaria. En primer lugar, es esencial realizar una anamnesis completa que permita diferenciar entre causas funcionales y secundarias. La exploración física debe ser sistemática y completa, con especial atención a la palpación abdominal y al tacto rectal. Las medidas higiénico-dietéticas son la piedra angular del tratamiento inicial, complementadas por laxantes cuando sea necesario.

En pacientes que no responden al tratamiento convencional o presentan signos de alarma, deben solicitarse pruebas complementarias y, si procede, derivarse al nivel hospitalario. La ecografía abdominal puede ser especialmente útil en la detección de patología inflamatoria como la diverticulitis. Asimismo, la coordinación con el especialista en aparato digestivo permite completar el estudio diagnóstico y planificar el seguimiento.

Desde atención primaria, el médico de familia debe mantener una actitud vigilante ante síntomas persistentes o atípicos, como el estreñimiento prolongado, dado que pueden constituir la manifestación inicial de patologías potencialmente graves. El juicio clínico, la atención centrada en el paciente y una actuación progresiva y racional son claves en el manejo eficaz de estos cuadros.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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(9):1582-91.
2. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1393-407.e5.
3. Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(1):18-25.
4. Müller-Lissner SA, Tack J, Feng Y, Schenck F, Opazo C. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(5):707-15.
5. Basilio G, Coletta M. Chronic constipation: A critical review. *Br J Pharmacol.* 2013;168(6):1430-9.
6. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE, Ratuapli SK, Mueller-Lissner S, et al. ACG clinical guideline: Management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol.* 2014;109(8):1141-57.
7. Francis CY, Whorwell PJ, Blackshaw E, Blackwell JN. Abdominal radiography in constipation: a systematic review. *Br J Radiol.* 2015;88(1050):20150407.
8. Ünlü C, de Korte N, Boermeester MA, Vrouenraets BC. Clinical and radiological diagnosis of acute diverticulitis. *Colorectal Dis.* 2013;15(12):e699-705.
9. Strate LL, Morris AM. Epidemiology, pathophysiology, and treatment of diverticulitis. *Gastroenterology.* 2019;156(5):1282-98.e1.
10. Müller-Lissner SA, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(5):707-15.
11. Müller-Lissner SA, Bassotti G, Coffin B, Drewes AM, Breivik H, Fracasso P, et al. Update on clinical management of chronic constipation. *World J Gastroenterol.* 2021;27(30):4910-26.
12. Cuomo R, Barbara G, Pace F, Annibale B, Bassotti G, Binda GA, et al. Italian consensus conference for chronic constipation. *United Eur Gastroenterol J.* 2015;3(4):471-83.
13. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. Colonic diverticula and diverticular disease: Clinical review. *BMJ.* 2021;375:n2422.