

Desórdenes de la defecación. La obstrucción distal funcional como causa de estreñimiento crónico

Dres. Fermín y Pablo Palma

I

Suele observarse en la práctica, en pacientes de una especial idiosincrasia, una contractura paradójica del músculo puborrectal durante la función defecatoria paralela a la función fisiológica del músculo elevador y de su ligamento suspensorio, que impide el gradiente presivo positivo rectoanal necesario para lograr la evacuación. Este desorden funcional es causa de estreñimiento crónico y severo (1).

Se trata, en suma, de una obstrucción funcional a nivel distal. Los anglosajones le denominan «outlet obstruction». También se le conoce por «síndrome del suelo pélvico espástico», «contractura paradójica del m. puborrectal» o «anismo». En esta situación clínica, el suelo pélvico se encuentra sin flexibilidad, sin capacidad de relajación, sin abertura anal y simultáneamente con el ángulo anorrectal cerrado por la contractura muscular y, en consecuencia, frustrando los deseos y necesidad de la exoneración.

Son pacientes que permanecen demasiado tiempo sentados en el inodoro, con un sensación de recto plenificado y con heces que ni consiguen terminar de ser expulsadas ni se reintegran al recto, lo que les obliga a practicar maniobras como introducirse el dedo (término anglosajón de «rectal digitations»), a fin de extraerse los escibalos o heces duras retenidas y bloqueadas en el conducto anal.

La semántica de este síndrome es múltiple. Al tratarse de un fracaso del proceso normal de la defecación, en décadas pasadas se hablaba de «disquecia rectal», intuyendo que la dificultad evacuatoria estaba a nivel del recto, donde se acumularían las heces endureciéndose, lo que aumentarían las dificultades de la exoneración. Algunos profesionales han podido confundir este proceso con el megarrecto, e incluso con el megacolon agangliónico. El diagnóstico diferencial es fácil, en tanto en la obstrucción funcional distal está conservado el reflejo rectoanal inhibitor (RRAI) y en la enfermedad de Hirschsprung está anulado (2).

Hoy se conoce mejor que se trata de un desorden funcional del suelo de la pelvis, y con él, una alteración de la sincronización de los mecanismos de la defecación que no solamente comprometen a los músculos de fibra estriada (contractura paradójica del puborrectal y espasticidad del m. elevador del ano), sino también a todos los elementos tisulares ricos en fibra muscular lisa y, por tanto, de contracción involuntaria, que contiene la fascia endopélvica y el tejido de sostén que mantiene los órganos pélvicos en su situación

EDITORIAL

anat6mica. No es, pues, s6lo una contractura parad6jica del pubo-rectal, sino de ausencia de sincronizaci6n en las funciones del conjunto del esfinter anal externo, donde va incluido el pubo-rectal, y del m6sculo elevador del ano y de las estructuras ligamentosas y fasciales de la pelvis.

En ocasiones, la obstrucci6n funcional distal puede manifestarse como cuadro cl6nico 6nico; pero en otras puede asociarse a otras lesiones evolutivas propias de la patolog6a del suelo p6lvico, como la 6lcera solitaria rectal, la intususcepci6n interna y en el curso de un s6ndrome de perin6 descendente, as6 como el prolapso anterior mucoso del recto, del enterocele y del rectocele; y hasta asociarse a la inercia del sigma o de todo el colon (3).

II

El examen cl6nico de estos pacientes es de una importancia capital, al brindarnos el diagn6stico diferencial con otros procesos de f6cil confusi6n, precisamente con la confecci6n de una buena historia cl6nica y con el examen digital, as6 como con unas pruebas b6sicas, f6ciles de poner en la pr6ctica. En la historia hay que anotar con todo detalle los antecedentes patol6gicos generales y locales, especialmente los relacionados con el suelo p6lvico; si existi6 cirug6a previa en el suelo p6lvico o procesos obst6tricos-ginecol6gicos, en relaci6n con la patolog6a actual respecto a los tres sistemas que traspasan el suelo p6lvico: la uretra, la vagina y el conducto anal. La histerectom6a total, que desequilibra todo el para-colpium y laxa el ligamento cardinal, as6 como el parametrium, se encuentra en un 35% de los casos entre los antecedentes de pacientes con estre6imiento cr6nico severo; y dentro de este porcentaje puede encontrarse un 15% de obstrucci6n de salida «outlet obstruction» (4).

Otros antecedentes con influencia sobre este proceso ser6an: el prolapso uterino, la rectopexia, la 6lcera solitaria rectal, el DPS, las lesiones espinales y el meningocele. A continuaci6n, hay que realizar una inspecci6n meticulosa de toda la regi6n perineal, tanto en reposo, como tras el esfuerzo, y terminar la exploraci6n cl6nica con un delicado examen digital, que puede suministrarnos gran cantidad de datos que se aproximen a los que nos facilite el gabinete de fisiolog6a anorrectal (pruebas manom6tricas, maniobra defecatoria, test de expuls6n del bal6n, proctograma y defecograf6a, electromiograf6a, etc...) (5).

El tacto rectal puede advertir la contractura del m6sculo puborrectal, o, lo que es lo mismo, del lazo o asa superior del esfinter externo, constituida por el m6sculo puborrectal y el haz profundo del esfinter externo. El tacto orientar6 en favor de la obstrucci6n funcional distal cuando no se obtiene o no se advierte su contracci6n seguida de relajaci6n inmediata, al invitar al paciente al esfuerzo de la tos.

El examen digital debe complementarse en la mujer con el tacto vaginal y comprobar el grado de descenso uterino, la presencia de cistocele y rectocele, la amplitud del hiatus pélvico, y si existe o no enterocele, bien por tracción o por pulsión. Hay que repetir la exploración tanto en reposo como tras el esfuerzo, y es precisamente en éste cuando se confirma el descenso de los órganos pélvicos.

Las pruebas del laboratorio de fisiología son imprescindibles para un buen estudio del suelo pélvico. Conviene comprobar la existencia del RRAI, de los reflejos esfintéricos tras el esfuerzo, del tono y longitud de la zona presiva del canal anal (EAI), comprobar la sensación rectal si se conserva normalmente. Se puede estudiar el tránsito intestinal tras la ingesta de marcadores radiopacos, que pueden demostrar su detención en colon izquierdo y sigma, evocando una inercia a este nivel intestinal que se puede asociar a la obstrucción funcional distal.

La maniobra defecatoria está indicada en el estudio de la obstrucción funcional distal, procediendo a realizarla, provocando una pseudodefecación, con un balón convenientemente hinchado en el que el sujeto debe intentar su expulsión. Normalmente, durante dicho ejercicio las presiones aumentan en los registros próximos al balón rectal, traduciendo la fuerza generada por la prensa abdominal durante la expulsión, al mismo tiempo que desciende el periné, mientras que en los registros de presión colocados a nivel del canal anal muestran una relajación. Este sería el mecanismo normal para la defecación, pero cuando se mantiene una contractura paradójica del puborrectal, los niveles presivos del canal anal se manifiestan altos, impidiendo la defecación. En aquellos pacientes que presentan clínica de defecación obstructiva es importante descartar otros procesos y estar seguros que estamos ante una contractura paradójica esfinteriana. Para ello, se inserta un electrodo coaxial en el esfínter anal externo a nivel del rafe medio posterior, en tanto existe mayor cantidad de masa muscular a este nivel y se registra la actividad eléctrica esfinteriana en reposo, tras la contracción voluntaria y durante el esfuerzo defecatorio. En esta última maniobra no se producirá la relajación, sino un constante incremento de dicha actividad eléctrica (6).

Otra exploración que hay que practicar, y que en nuestro medio hay radiólogo que la domina, es el proctograma, y que hay que obtener en reposo, durante el esfuerzo y en el curso de la defecación, del contraste baritado (defecografía), demostrándose la mayor o menor abertura del ángulo ano-rectal y que en la obstrucción funcional distal apenas se modifica, así como el grado de descenso perineal, y si existen lesiones asociadas, como la intususcepción rectal interna. El proctograma se puede asociar a la vesicografía y a la colpografía, con lo cual, los datos que se obtienen informan de

una forma más completa este problema que a veces es multidisciplinar.

III

La contractura paradójica, pues, ocurre cuando un paciente sufre contracciones incorrectas del puborrectal y, por tanto, del esfínter externo, durante la defecación, obstruyendo («outlet obstruction») la propia intención del individuo de vaciar el recto.

Todo este proceso puede y debe tratarse con una reeducación que le mejore la función defecatoria, si bien algunos pacientes van a requerir paralelamente una psicoterapia dirigida por quien conozca toda la fisiología que en estos pacientes se ha trastornado. Hay que conocer cuál es la estructura de la personalidad que está afectada con este desorden de la defecación. Probablemente son enfermos también inmersos en situaciones de constante ansiedad, hiperemotividad y falta de control de su estado anímico. Si el profesional que intenta tratarle no conoce bien ese estrato profundo (el «hondón» del alma) que todo ser humano tiene, será difícil conseguir el grado de relajación que necesitan estos pacientes para ir alcanzando, tras un largo camino que combine una buena reeducación del trastorno fisiológico con un suficiente nivel de relajación somática y psíquica.

Las técnicas de reeducación del comportamiento «Biofeedback» dirigidas al mecanismo de la defecación, obtienen una mejoría subjetiva y objetiva en un 75% de los casos, aproximadamente, siendo el tratamiento inicial de elección. Se trata, en definitiva, de la rehabilitación y reeducación de la fisiología de los músculos y de las estructuras músculo-fasciales o aponeuróticas del suelo pélvico.

La refractariedad al «Biofeedback» podemos definirlo como la incapacidad de revertir por este método la no relajación de la contractura paradójica. Esta técnica del «Biofeedback» puede aplicarse a varios procesos que causan constipación severa, así como en pacientes con incontinencia. Tiene, asimismo, indicación de este método todo paciente con úlcera solitaria rectal, así como los que tienen contractura paradójica del puborrectal. También pacientes con síndrome de descenso de periné. Caso muy indicado es el de la paciente con estreñimiento que sigue a la histerectomía. También a los que sufrieron una rectopexia por prolapso rectal.

Lo importante del «Biofeedback» es conseguir discriminar la sensación rectal. Saber sincronizar la acción voluntaria del esfínter externo con la relajación del esfínter interno. Para todo ello, se inserta un balón en recto, que se distiende hasta que el paciente percibe o acuse la sensación de ocupación rectal. Iniciar movimientos de contracción con el ejercicio de la tos y con la pared torácica y abdominal. Combinar estos ejercicios con los de relajación. Nuevamente, distensión del

balón y coordinación de todos los movimientos hasta conseguir su expulsión. El objeto es obtener una fisiológica respuesta esfinteriana, y con ella, lograr la defecación.

El «Biofeedback», con aparataje más sofisticado, puede realizarse con una sonda conectada al balón rectal, pero, a su vez, la sonda anal dispone radialmente de sensores electromiográficos. También de una señal audible generada desde la misma sonda insertada en el canal anal. Todo a su vez conectado con un monitor. Los pacientes son admitidos durante unos tres días para que con sus ejercicios de tos y toracabdominales, seguidos de los ejercicios de relajación, vayan mejorando la respuesta a la distensión del balón rectal. Las señales gráficas en el monitor, así como las acústicas, informan al paciente del grado de sus contracciones y de la relajación del canal anal, continuando luego a domicilio los ejercicios que durante dos o tres días aprendió en el laboratorio de fisiología. Este sistema lo hemos utilizado en niños y en jóvenes con encopresia con un resultado muy alentador.

Cuando la obstrucción funcional distal o la contractura paradójica del puborrectal no mejora con el «Biofeedback», y que siempre debe ser la primera opción, hay autor que propone la división parcial del músculo puborrectal. Esta operación no nos parece correcta. El propio Yoshioka y Keighley (1987) (7) en siete pacientes la practicó y solamente uno mejoró. El riesgo, además, es que los pacientes pueden terminar en incontinencia. Mejor recurso es utilizar la toxina botulínica, en tanto obtienen una parálisis parcial del músculo, con resultados alentadores y con la ventaja de que, con tres meses de intervalo, se puede repetir la inyección (8-9). ◀

Referencias bibliográficas

1. HENRY, MM.; SWASH, M.: *Coloproctology and the pelvic floor: pathophysiology and management*. London. Butterworth, 1985.
2. NICHOLS, RJ.; GLASS, RE.: *Coloproctology: diagnoses and out patient management*. London: Springer-Verlag, 1985.
3. GIRONA, J.; PALMA, P.: «Manejo quirúrgico del estreñimiento crónico», *Seminario Médico* del Instituto de Estudios Giennenses, 1996; 48 (2):11-22.
4. GORDON, PH.; NIVATVONGS, S.: *Principles an the practice of surgery of the colon, rectum and anus*. St Louis: Quality Medical Publishing, 1992.
5. BARTOLO, DCC.; JARRATT, JA.; READ, DONELLY, TC.; READ, NW.: «The role of partial denervation of the puborectalis in idiopathic faecal incontinence», *Br. J. Surg.*, 1983; 70:664-667.
6. KULPERS HC., et al.: «The spactic pelvic floor syndrom: a cause of constipation», *Dis Colon Rectum*. 1985; 28:669-672.
7. YOSHIOKA, K.; KEIGHLEY, MR.: «Anorectal myectomy for outlet obstructions», *Br. J. Surg.*, 1987; 74: 373-376.
8. SALGADO, G., et al.: *Estudio y tratamiento de los trastornos funcionales del suelo pélvico*. Martgraf, S.L. Marbella, 1997.
9. MARTÍ-RAGUÉ, J.; LLEDÓ, S.; ORTIZ, H.: *Actualización en patología anorrectal*. Prost Ed. Barcelona, 1992.