

Conceptos actuales de patología anorrectal funcional

Daniel Cisternas C.¹

¹Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Recibido: 29 de junio de 2016

Aceptado: 25 de agosto de 2016

Correspondencia a:

Daniel Cisternas Camus
Manquehue 1410, Vitacura
Tel: [+56 2] 229101111
dcisternasc@alemana.cl

Current concepts in functional anorectal disorders

The purpose of the present article is to highlight relevant aspects of anorectal pathology, mainly fiber resistant constipation, fecal incontinence and fecal soiling. A high percentage of patients with fiber resistant constipation correspond to dyssynergic defecation cases. In addition, most patients with dyssynergia and slow colonic transit return to normal after correction of the dyssynergic condition. For these reasons, the current recommendation is to consider the evaluation of dyssynergic defecation as the initial diagnostic approach in patients with laxative-resistant constipation. Rectal hyposensitivity is an important pathophysiological mechanism involved in both constipation and fecal incontinence. About 80% of fecal incontinence cases present multiple pathological mechanisms, including sphincter insufficiency, rectal hyposensitivity, poor rectal emptying and impaired rectal compliance. Soiling and seepage are usually in the context of poor rectal emptying and not in the context of sphincter insufficiency.

Key words: Constipation, fecal incontinence, dyssynergic defecation, rectal hyposensitivity, rectal emptying, soiling, seepage.

Resumen

El siguiente artículo pretende destacar aspectos relevantes en patología anorrectal funcional, principalmente constipación resistente a fibra, incontinencia fecal y ensuciamiento. Entre los pacientes con constipación resistente a fibra, un alto porcentaje corresponde a defecación disinérgica. Además, la mayoría de los pacientes con defecación disinérgica y tránsito colónico enlentecido normalizan el tránsito tras mejoría de la disinérgica. Por estos motivos, la recomendación actual es la evaluación de defecación disinérgica como primera estrategia diagnóstica en los pacientes con constipación refractaria a laxantes. La hiposensibilidad rectal es un mecanismo importante en casos de constipación e incontinencia fecal. Alrededor de 80% de los casos de incontinencia fecal tienen múltiples mecanismos descritos, incluyendo insuficiencia esfinteriana, hiposensibilidad rectal, mal vaciamiento rectal y alteraciones de la complianza rectal. El ensuciamiento suele estar en el contexto de mal vaciamiento rectal y no en el contexto de insuficiencia esfinteriana.

Palabras clave: Constipación, incontinencia fecal, defecación disinérgica, hiposensibilidad rectal, vaciamiento rectal, ensuciamiento.

Introducción

La patología anorrectal es un problema al cual el gastroenterólogo se debe enfrentar con frecuencia. El correcto conocimiento de su fisiopatología, mecanismos involucrados y recursos terapéuticos es fundamental para lograr un tratamiento apropiado. A continuación se describirán los principales conceptos actuales respecto a cuatro patologías anorrectales de alta prevalencia: constipación refractaria a fibra, hiposensibilidad rectal, incontinencia rectal y ensuciamiento.

Abordaje de la constipación refractaria a fibra: Considerar primero defecación disinérgica

Aproximadamente 30% de los pacientes constipados no responde adecuadamente a fibra o laxantes¹. En su último documento referente a constipación, la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) recomienda, antes de continuar escalando en el tratamiento, realizar estudios fisiológicos para determinar el mecanismo fisiopatológico involucrado². Tradicionalmente se ha utilizado en estos casos la determinación del tiempo de tránsito colónico para clasificar

estos casos en constipación con tránsito enlentecido y tránsito normal. La manometría anorrectal permite evaluar la función evacuatoria y sensitivo-motora del aparato recto-anal, pudiendo diagnosticar defecación disinérgica (inadecuada relajación del canal anal al momento de pujar) e hiposensibilidad rectal. Entre los individuos con constipación resistente a fibra, la prevalencia de defecación disinérgica es mayor que la prevalencia de tránsito colónico enlentecido³. Por otra parte, existe sobreposición entre estas condiciones: aproximadamente 2/3 de los casos de defecación disinérgica presentan un tiempo de tránsito colónico enlentecido^{4,5}. Existen diversos estudios que muestran que en la mayoría de casos de sobreposición (alrededor de 70%), el tránsito intestinal enlentecido se normaliza una vez tratada la defecación disinérgica^{6,7}. Con toda esta evidencia, la AGA ha recomendado evaluar en primer lugar la presencia de defecación disinérgica y sólo en casos que ésta se descarta se sugiere evaluar el tiempo de tránsito colónico².

Hiposensibilidad rectal

La sensibilidad rectal es necesaria para que los individuos se enteren de la llegada de deposiciones al recto, pudiendo realizar contracción voluntaria del aparato esfinteriano si el momento no es adecuado para tener deposiciones (continencia) o realizar una maniobra de pujo si lo es. Con esto, las alteraciones de la sensibilidad rectal pueden tener un rol tanto en constipación crónica como en la incontinencia fecal.

Se ha descrito hiposensibilidad rectal entre 18 y 68% de los individuos constipados. En 1/3 de los casos de incontinencia fecal se ha descrito hiposensibilidad rectal como única alteración⁸. Aproximadamente en la mitad de los casos se puede determinar que la causa es un problema neural de las vías aferentes (por ejemplo, secundario a tracción del pudendo, diabetes mellitus, *tabes dorsalis*, cirugía pélvica, síndrome de cauda equina, etc.) y en la mitad el recto está aumentado de tamaño, determinando un aumento de la cantidad de deposiciones necesarias para generar descarga de mecano-receptores⁹. El pujo excesivo se ha asociado a alteración de función del pudendo por tracción, especialmente si se asocia a descenso perineal aumentado¹⁰. Esto produce un círculo vicioso, pues la disfunción del pudendo disminuye además, el tono del piso pelviano, aumentando su descenso excesivo. La movilización rectal durante cirugía pélvica es otra fuente frecuente de hiposensibilidad rectal.

Si bien no existen tratamientos farmacológicos que permitan restaurar la sensibilidad rectal, la rehabilitación perineal por *biofeedback* ha demostrado ser muy

eficaz. Se ha descrito alrededor de 70% de mejoría en la sensibilidad rectal entre pacientes con defecación disinérgica¹¹ y los con incontinencia fecal¹².

La incontinencia fecal es multifactorial

Habitualmente se considera que la incontinencia fecal es sinónimo de insuficiencia esfinteriana. Si bien es uno de los factores más importantes, no es el único. Aproximadamente 1/3 de los pacientes con incontinencia fecal tiene una función esfinteriana normal y en 80% de los casos existen varios mecanismos que la explican¹³. Dentro de los otros mecanismos descritos destacan la hiposensibilidad, mal vaciamiento y alteraciones de la complianza rectal. Esto explica por qué la gravedad del cuadro clínico de incontinencia se correlaciona sólo débilmente con las mediciones de presión esfinteriana¹⁴. Un buen modelo para entender esta relación es lo que ocurre en los casos de daño esfinteriano obstétrico: Se ha descrito 1-9% de daño esfinteriano postparto vaginal (hasta 36% si se evalúa mediante endosonografía)¹⁵. La magnitud del daño mediado por endosonografía se mantiene estable a lo largo del tiempo, incluso puede empeorar. Sin embargo, los valores de presión medidos por manometría van mejorando con el tiempo¹⁶. Esto determina que a pesar de que el daño esfinteriano persiste, entre 60-80% de las pacientes están asintomáticas 12 meses postparto¹⁷. Estas pacientes sí tienen un mayor riesgo de incontinencia treinta años más tarde, habitualmente después de la menopausia, cuando los otros factores compensantes se pierden¹⁷.

El ensuciamiento suele reflejar más bien mal vaciamiento rectal

Se ha descrito una forma de incontinencia fecal denominada ensuciamiento, en la que el paciente presenta incontinencia no advertida (ensucia su ropa interior sin la presencia de deseos de defecar previamente) con pequeñas cantidades de líquido o deposiciones, que en inglés se denominan *soiling* y *seepage*, respectivamente.

La evaluación de la presión del canal anal en estos casos ha mostrado resultados contradictorios. En algunos estudios la presión es menor que en individuos sanos, pero mayor que en otras formas de incontinencia fecal¹⁸. Sin embargo, en otros estudios las presiones del canal anal son mayores que en individuos normales¹⁹. Lo que sí es consistente en este subgrupo de pacientes es la muy alta frecuencia de defecación disinérgica y mal vaciamiento rectal, que llega hasta más de 70% de los casos¹⁸. Por otro lado, el tratamiento orientado al vaciamiento rectal mediante irrigación

Patología Intestinal

es superior al tratamiento tendiente a aumentar la presión del canal anal mediante inyección de elastómeros²⁰. En una serie publicada por Van der Hagen y cols, el manejo orientado a un buen vaciamiento

rectal mostró cerca de 80% de éxito²¹. Con todo esto, el ensuciamiento debe ser enfrentado en adultos de la misma manera que la encopresis en niños, facilitando el buen vaciamiento rectal.

Referencias

- 1.- Müller-Lissner S, Tack J, Feng Y, Schenck F, Specht G, R. Levels of satisfaction with current chronic constipation treatment options in Europe: an internet survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 37: 137-45.
- 2.- Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 211-7.
- 3.- Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation—a European perspective. *Neurogastroenterol Motil* 2011; 23: 697-710.
- 4.- Rao SS, Mudipalli RS, Stessman M, Zimmerman B. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (Anismus). *Neurogastroenterol Motil* 2004; 16: 589-96.
- 5.- Zárate N, Knowles CH, Newell M, Garvie NW, Gladman MA, Lunniss PJ, et al. In patients with slow transit constipation, the pattern of colonic transit delay does not differentiate between those with and without impaired rectal evacuation. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 427-34.
- 6.- Rao SS, Seaton K, Miller M, Brown K, Nygaard I, Stumbo P, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 331-8.
- 7.- 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.
- 8.- Gladman MA, Scott SM, Chan CL, Williams NS, Lunniss PJ. Rectal hyposensitivity: prevalence and clinical impact in patients with intractable constipation and fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 238-46.
- 9.- Gladman MA, Aziz Q, Scott SM, Williams NS, Lunniss PJ. Rectal hyposensitivity: pathophysiological mechanisms. *Neurogastroenterol Motil* 2009; 21: 508-16, e4-5.
- 10.- Sangwan YP, Collier JA. Fecal incontinence. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1377-98.
- 11.- Peticca L, Pescatori M. Outlet obstruction due to anismus and rectal hyposensitivity: effect of biofeedback training. *Colorectal Dis* 2002; 4: 67.
- 12.- Miner PB, Donnelly TC, Read NW. Investigation of mode of action of biofeedback in treatment of fecal incontinence. *Dig Dis Sci* 1990; 35: 1291-8.
- 13.- Rao SS, Patel RS. How useful are manometric tests of anorectal function in the management of defecation disorders? *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 469-75.
- 14.- Lam TJ, Mulder CJ, Felt-Bersma RJ. Critical reappraisal of anorectal function tests in patients with faecal incontinence who have failed conservative treatment. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 931-7.
- 15.- Abbott D, Atere-Roberts N, Williams A, Oteng-Ntim E, Chappell LC. Obstetric anal sphincter injury. *BMJ* 2010; 341: c3414.
- 16.- Starck M, Bohe M, Valentin L. The extent of endosonographic anal sphincter defects after primary repair of obstetric sphincter tears increases over time and is related to anal incontinence. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 188-97.
- 17.- Nordenstam J, Altman D, Brismar S, Zetterstrom J. Natural progression of anal incontinence after childbirth. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009; 20: 1029-35.
- 18.- Rao SS, Ozturk R, Stessman M. Investigation of the pathophysiology of fecal seepage. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 2204-9.
- 19.- Parellada CM, Miller AS, Williamson ME, Johnston D. Paradoxical high anal resting pressures in men with idiopathic fecal seepage. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 593-7.
- 20.- van der Hagen SJ, van der Meer W, Soeters PB, Baeten CG, van Gemert WG. A prospective non-randomized two-centre study of patients with passive faecal incontinence after birth trauma and patients with soiling after anal surgery, treated by elastomer implants *versus* rectal irrigation. *Int J Colorectal Dis* 2012; 27: 1191-8.
- 21.- van der Hagen SJ, Soeters PB, Baeten CG, van Gemert WG. Conservative treatment of patients with faecal soiling. *Tech Coloproctol* 2011; 15: 291-5.