



O-020 - RESONANCIA MAGNÉTICA PÉLVICA DINÁMICA VERSUS VIDEODEFECOGRAFÍA EN EL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA: ¿CONTINÚA SIENDO LA VIDEODEFECOGRAFÍA LA PRUEBA DE IMAGEN DE ELECCIÓN DESPUÉS DE 50 AÑOS?

Martín, Gonzalo¹; García-Armengol, Juan²; Roig, José Vicente²; Martínez, Vicente³; Mínguez, Miguel⁴; Espí, Alejandro⁴; Muñoz, José María¹; González, Francesc Xavier¹

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; ²Centro Europeo de Cirugía Colorrectal, Valencia; ³Hospital Universitario La Fe, Valencia; ⁴Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Objetivos: El síndrome de defecación obstructiva (SDO) designa la dificultad de evacuar satisfactoriamente el recto durante la defecación. Una herramienta esencial para definirlo son los estudios dinámicos de imagen como la videodefecografía (VD) y la resonancia magnética pélvica dinámica (RMPD). La prueba complementaria para el estudio del SDO más empleada actualmente es la VD introducida en los años 60 Burhenne et al. La RMPD supone una moderna alternativa con múltiples ventajas potenciales para el estudio del SDO. El objetivo del trabajo es realizar un estudio prospectivo comparativo entre la VD y la RMPD en la evaluación del SDO, comparando la prueba de referencia (VD) con la prueba motivo de evaluación (RMPD).

Métodos: Se trata de un estudio de precisión diagnóstica en el SDO. Precisión es `el grado de concordancia entre la información ofrecida por la prueba diagnóstica evaluada, y la ofrecida por la prueba de referencia`. Con esta finalidad se ha empleado el índice kappa de Cohen (κ) para cada uno de los diagnósticos de DO. Una concordancia aceptable es aquella que toma un valor de kappa $\geq 0,40$ y excelente un valor superior a 0,75. La selección se fundamenta por la sintomatología inicial de DO, según criterios Roma III. A todos se les aplica un protocolo de valoración en consulta, basado en una anamnesis detallada y exploración física pélvica. Posteriormente se aplica un protocolo uniforme de videodefecografía en una unidad radiológica con el paciente en sedestación. A todos se les realiza un protocolo de estudio mediante RMPD en un equipo de configuración cerrada de 1,5 Teslas en decúbito supino. Una vez terminado el proceso de evaluación, se realiza una encuesta de satisfacción. Además del análisis de concordancia, se ha desarrollado un análisis estadístico descriptivo y de validez interna.

Resultados: En los 40 pacientes incluidos desde 2009 hasta 2012, la mediana de edad es de 59,5 (35-79) años y todos reúnen criterios diagnósticos Roma III de SDO. La mayoría de los pacientes son de sexo femenino, concretamente 38 (el 95%). El antecedente médico más frecuente es la depresión en 8 (20%) pacientes. La mediana de partos es de 2 (0-6). Existen 13 casos (el 32,5%) con histerectomía. El diagnóstico cínico más frecuente es el rectocele en 22 (55%) pacientes. Los valores del índice κ para las diferentes formas de presentación clínica del SDO son: 0,30 en el rectocele

grado I, 0,49 en el rectocele grado II, 0,65 en el rectocele grado III, 0,88 en el anismo, 0,83 en el prolapso rectal, 0,80 en el enterocele, 0,50 en la intususcepción y 0,22 en la laxitud pélvica. Además se han diagnosticado mediante RMPD, 18 cistocelos y 11 colpocelos. La prueba considerada más incómoda es la VD en el 53,8% de los casos, y la causa más frecuente es la vergüenza en 16 individuos.

Conclusiones: La resonancia magnética pélvica dinámica podría convertirse, o incluso ser considerada, como la prueba de imagen estándar para evaluar a los pacientes con SDO en centros con equipos experimentados.