



## P-126 - LA HIPOSENSIBILIDAD RECTAL CONFIRMADA CON BAROSTATO ES UNA ALTERACIÓN FISIOPATOLÓGICA FRECUENTE EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN Y/O DE LA CONTINENCIA

Laura García Pravia, Marta Aparicio Cabezudo, Ana Zatarain Valles, Enrique Rey Díaz-Rubio, Juan Luis Mendoza Hernández y Constanza Ciriza de Los Ríos

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La alteración de la sensibilidad rectal puede comprometer la evacuación y/o la continencia. La hiposensibilidad rectal (HSR) se puede valorar con manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) aunque el baróstato es la técnica de elección. El barostato rápido (Rapid Barostat Bag, RBB; Mui®) permite evaluar de forma sencilla la capacidad de reservorio y la percepción rectal.

**Objetivos:** Determinar la capacidad, complianza y la sensibilidad rectal obtenidas con RBB en pacientes con HSR grave en MAAR comparado con un grupo control e investigar patologías y fármacos asociados.

**Métodos:** 52 pacientes con HSR grave (no percepción de urgencia/discomfort) y 20 sujetos sanos. De los pacientes, 41 (78,8%) mujeres y 11 (21,2%) hombres; edad media: 57,7 años (DE 16,7). En el grupo control, 11 (55%) mujeres y 9 (45%) hombres. En el estudio con RBB se registraron capacidad y complianza rectal, volumen de la primera sensación, urgencia y discomfort.

**Resultados:** Se confirmó HSR en el 90,4% de los pacientes. El estreñimiento fue el síntoma más frecuente en 33 (63,5%) pacientes, en 11 (21,4%) incontinencia fecal y en 8 (15,4%) ambos. Las patologías y los fármacos asociados con HSR se expresan en la tabla 1. El estreñimiento funcional se diagnosticó en 70,7% de los pacientes y el consumo de fármacos con repercusión en la sensibilidad en 42,3%. Los valores obtenidos con RBB se presentan en la tabla 2. La complianza rectal y volumen necesario para alcanzar las distintas sensaciones en pacientes con hiposensibilidad rectal son mayores que en sujetos sanos.

<b>Patologías previas</b>	
<b>Intestino neurógeno</b>	23.1% (12/52)
-Lesiónsupracanal	25%
-Lesióninfracanal	25%
-Enfermedad neuromuscular	16.7%
-Neuropatía periférica	8.3%
<b>Cirugía anal</b>	19.23% (10/52)
<b>Cirugía pélvica</b>	26.92% (14/52)
<b>Mujeres con antecedente de parto vaginal instrumentalizado</b>	19.52% (8/41)
<b>Consumo crónico de fármacos con potencial repercusión sobre la sensibilidad visceral</b>	
<b>Antiepilépticos</b>	27.3%
<b>Antidepresivos</b>	27.3%
<b>Opiáceos</b>	9.1%
<b>Combinaciones de los anteriores</b>	36.2%
<b>Forma de presentación (síntoma predominante) <sup>1</sup></b>	
<b>Estreñimiento crónico</b>	78.8% (41/52)
-Funcional	70.7%
-SII	19.5%
-Disinergia defecatoria	24.4%
<b>Incontinencia fecal</b>	36.5% (19/52)
-Pasiva	42.1%
-Urgencia	26.3%
-Mixta	21.1%
-Solida	10.5%

<sup>1</sup> En 7 pacientes (14%) coexistieron estreñimiento e incontinencia fecal.

**Tabla 1.**

Valores absolutos:			
	Pacientes con hiposensibilidad rectal en MAR-AR (n=52)	Valores normales (Ciriza de los Ríos <sup>2</sup> ) (n=20)	Valores normales (Sauter et al <sup>3</sup> ) (n=26)
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS
Capacidad rectal (ml)	264.38±98.73	1547 ± 67	388±108
Capacidad rectal (mmHg)	35.56±11.06	28.05 ± 9.99	
Complianza rectal (ml/mmHg)	8.18±3.64	5.85± 2.63	
Primera sensación	179.75±103.03	57.1 ± 33.8	97±61
Urgencia <sup>4</sup>	272.22±113.97	118.36 ± 55.78	240±83
Disconfort <sup>4</sup>	307.72±98.55	163.45 ± 64.96	378±111

Valores como porcentaje de la capacidad rectal:			
	Pacientes con hiposensibilidad rectal en MAR-AR (n=52)	Valores normales (Ciriza de los Ríos) (n=20)	Valores normales (Sauter) (n=26)
	Media ± DS	Media ± DS	Media ± DS
Primera sensación	67.77±23.98	37.5% ± 17.26	27%± 17
Urgencia <sup>4</sup>	102.58±19.5	79.35 ± 20.44	62±15
Disconfort <sup>4</sup>	119.91±19.29	110.85 ± 19.86	98±14

<sup>4</sup> 2 pacientes no alcanzaron urgencia defecatoria ni disconfort y 4 no alcanzaron disconfort.

<sup>2</sup> Ciriza de los Ríos C, Lorente J, Aparicio M, Jiménez L, Velasco E et al. Comparación del estudio de sensibilidad rectal mediante llenado continuo del balón rectal de alta resolución y barostat rápido. XXX Reunión ASENE M, 4 y 5 noviembre 2022.

<sup>3</sup> Sauter M, Heinrich H, Fox M, Misselwitz B, Halama M, Schwizer W, et al. Toward more accurate measurements of anorectal motor and sensory function in routine clinical practice: validation of high-resolution anorectal manometry and Rapid Barostat Bag measurements of rectal function. Neurogastroenterol Motil. 2014.

**Tabla 2**

**Conclusiones:** La causa más frecuente de HSR fue el antecedente de cirugía pélvica seguida del intestino neurógeno. La asociación de estreñimiento funcional sin alteración neurológica e HSR fue muy frecuente, así como el consumo de fármacos con potencial repercusión sobre la sensibilidad rectal. El RBB permite confirmar y analizar de forma sencilla y más precisa la hiposensibilidad rectal detectada en MAAR.