

Estreñimiento crónico idiopático

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO *pág. 137* TRATAMIENTO *pág. 140* BIOFEEDBACK *pág. 143*

EDUARDO GARCÍA-GRANERO, JOAN GARCÍA Y SALVADOR LLEDÓ

Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Valencia. España.

Tratamiento quirúrgico del estreñimiento crónico idiopático

Puntos clave

Los pacientes con estreñimiento grave refractarios a tratamiento médico deben someterse a una evaluación funcional intestinal y psiquiátrica para identificar y clasificar la causa del estreñimiento.

La presencia de alteraciones generalizadas de la motilidad del intestino delgado, disinergia del suelo pélvico y/o enfermedades psiquiátricas desaconsejan el tratamiento quirúrgico.

El procedimiento quirúrgico más empleado en el estreñimiento crónico grave de tránsito lento es la colectomía total con anastomosis ileorrectal.

El megarrecto idiopático aislado puede tratarse mediante una resección anterior baja y una anastomosis colorrectal. Si se evidencia un tránsito lento en segmentos proximales o está asociado a megacolon se debe recurrir a una proctocolectomía restauradora.

El tratamiento quirúrgico del rectocele sintomático será generalmente satisfactorio si no se identifica otra causa de estreñimiento y la defecografía objetiva una relación causa-efecto.

La mayoría de los pacientes que presentan estreñimiento crónico idiopático responden satisfactoriamente al tratamiento médico; sin embargo, algunos casos pueden ser refractarios, por lo que es importante identificar, mediante una evaluación funcional y psiquiátrica, a aquellos pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico.

Aunque no existen criterios específicos, podemos establecer una guía práctica que orienta hacia aquellos pacientes que son subsidiarios de cirugía. En este sentido, podemos establecer dos grupos: *a)* pacientes con estreñimiento crónico idiopático grave por tránsito lento, con o sin megacolon o megarrecto dependientes o resistentes a todo tipo de laxantes, cuya calidad de vida está condicionada por el estreñimiento y que tras ser evaluados por un psiquiatra se ha descartado enfermedad mental. Además, en estos pacientes debemos constatar la ausencia de anomalías motoras en el resto del tracto intestinal y, específicamente, realizar todos los

estudios (manométricos, electromiográficos, radiológicos y prueba de expulsión) que descarten la existencia de disinergia del suelo pélvico; *b)* pacientes con estreñimiento distal o disfunción del suelo pélvico por una alteración anatómica (rectocele, sigmoidocele, enterocele, intususcepción interna rectal, síndrome del periné descendente).

Tratamiento quirúrgico

Estreñimiento por tránsito lento con o sin megacolon y/o megarrecto

El procedimiento quirúrgico más utilizado en el estreñimiento de tránsito lento es la colectomía total con anastomosis ileorrectal. Esta técnica consigue un porcentaje de éxito muy variable (entre un 50 y un 100%) en las principales series publicadas (tabla 1)¹⁻¹⁰. Es una intervención quirúrgica que no presenta una dificultad técnica

Tabla 1. Resultados de la colectomía total en el estreñimiento de tránsito lento

Autor y referencia bibliográfica	Año	Pacientes	Seguimiento (años)	Tasa de éxito (%)
Preston et al ¹	1984	8	5,7	63
Kamm et al ²	1988	33	2	50
Yoshioka et al ³	1989	40	3	58
Piccirillo et al ⁴	1995	54	2,2	94
Redmond et al ⁵	1995	34	7,5	90
Pluta et al ⁶	1996	24	5,4	92
Lubowski et al ⁷	1996	59	3,5	90
Nyam et al ⁸	1997	74	4,6	97
Bernini et al ⁹	1998	106	6,5	78
Pikarsky et al ¹⁰	2001	30	8,9	100

Lectura rápida



Los pacientes con estreñimiento crónico idiopático, con clínica grave, refractarios al tratamiento conservador, deben ser evaluados específicamente mediante estudios funcionales para conocer si son candidatos a tratamiento quirúrgico.

A todo paciente que presente clínica de estreñimiento crónico severo se debe determinar el tiempo de tránsito colónico. En caso de que éste sea lento y tras evaluación psiquiátrica se realizará un estudio de todo el funcionalismo intestinal mediante manometría esofágica, tiempo de tránsito del intestino delgado y estudios funcionales (manometría, defecografía, test de expulsión y/o electromiografía) que descarten patología global intestinal y/o disinerxia del suelo pélvico.

Únicamente los pacientes con tiempo de tránsito colónico lento, sin alteraciones difusas de la motilidad intestinal y con buena coordinación de la fase expulsiva de la defecación serán candidatos a cirugía.



especial, con una morbimortalidad baja. La complicación más frecuente observada es la obstrucción del intestino delgado en el postoperatorio y durante el seguimiento. En este sentido, Pfeifer et al¹¹, en una revisión de diferentes publicaciones observan un porcentaje de oclusión intestinal en un 18% de pacientes, de los cuales un 12% requirió tratamiento quirúrgico. En cuanto a los resultados clínicos, entre un 20 y un 30% de casos precisan laxantes tras la cirugía y un 39-52% de pacientes presentan dolor abdominal^{1,3,7}. La mayoría de fracasos de esta intervención se deben, sobre todo, a no haber diagnosticado correctamente una disfunción del suelo pélvico asociada o a la existencia de una alteración funcional en todo el tracto gastrointestinal. En este sentido, Redmond et al⁵ observan que en el 90% de pacientes en los que la afectación únicamente es cólica presentaron buenos resultados tras la colectomía total y la anastomosis ileorrectal, en contraposición a tan sólo el 20% de casos con afectación completa del tracto gastrointestinal. Se han propuesto otras variantes quirúrgicas, como la colectomía subtotal con anastomosis cecorrectal, por la ventaja teórica de preservar la válvula ileocecal y mejorar el resultado funcional. Aunque los resultados han sido generalmente peores^{1,12,13} que con la anastomosis ileorrectal, una serie reciente¹⁴ propone realizar una anastomosis cecorrectal de forma antiperistáltica y obtiene un 100% de buenos resultados. El empleo de una colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea ha tenido peores resultados. Así, Pemberton et al¹⁵ reconvirtieron un 50% de sus casos de anastomosis ileosigmoidea a anastomosis ileorrectal. Con las resecciones segmentarias de colon existe menos experiencia y su papel en el estreñimiento de tránsito lento, si no se asocia a megacolon, es debatible. Preston et al³ obtienen malos resul-

tados; en cambio, DeGraaf et al¹⁶, basándose en los resultados del tiempo de tránsito cólico, obtienen mejores resultados empleando de forma selectiva la colectomía segmentaria izquierda comparada con la colectomía subtotal.

El megacolon y/o megarrecto del adulto, frecuentemente idiopático, puede representar la fase final de un estreñimiento crónico grave. El diagnóstico diferencial con la enfermedad de Hirschprung (aganglionismo congénito) se realiza de forma definitiva mediante una biopsia rectal. Si existe megacolon sin megarrecto, la técnica de elección será la colectomía total y la anastomosis ileorrectal. En el caso de megarrecto idiopático se puede indicar una resección anterior baja y anastomosis colorrectal si es aislado, pero si se evidencia también un tránsito lento en segmentos proximales o asociado a megacolon puede tener que recurrirse a una proctocolectomía restauradora mediante una anastomosis ileoanal con reservorio¹⁷.

También se han empleado enemas anterógrafos a través del apéndice o tras la confección de una ileocecostomía. Es una alternativa a considerar, poco agresiva quirúrgicamente, con la que se han comunicado recientemente resultados satisfactorios en un 66,6% de los casos¹⁸.

Disfunción del suelo pélvico asociado a una alteración anatómica

Rectocele, sigmoidocele y enterocele. El rectocele supone una herniación del recto hacia la vagina, su existencia es muy frecuente en grados menores y, por lo tanto, habitualmente será un hallazgo casual. Sin embargo, rectoceles grandes, habitualmente mayores de 2 cm, pueden ser origen de una defecación obstructiva. Si por los estudios diagnósticos no identificamos otra causa de estreñimiento y en la defecografía se objetiva una relación causa-efecto, el trata-

Tabla 2. Resultados en la reparación del rectocele

Autor y referencia bibliográfica	Año	Pacientes	Vía de abordaje	Seguimiento (años)	Tasa de éxito (%)
Khubchandani et al ¹⁹	1983	59	Endorrectal	1,5	80
Sehapayak et al ²⁰	1985	355	Endorrectal	-	85
Janssen et al ²¹	1994	76	Endorrectal	1,0	87
Mellgren et al ²²	1995	25	Endovaginal	1,0	88
Murthy et al ²³	1996	31	Endorrectal	2,5	92
Watson et al ²⁶	1996	9	Transperineal con malla	2,4	88
Kahn et al ²⁷	1997	244	Endovaginal	3,5	62
Ommer et al ²⁵	1998	35	Transperineal	-	74
Van Dam et al ²⁴	2000	89	Endorrectal y endovaginal	4,3	71

miento quirúrgico en los casos que no responden al tratamiento médico mediante aumento del consumo de fibra y agua, será generalmente satisfactorio, con una tasa de éxito de entre un 62 y un 98% de los casos (tabla 2)¹⁹⁻²⁷.

El abordaje quirúrgico se puede realizar por las vías endorrectal, transperineal y endovaginal, o de forma combinada endorrectal y endovaginal. La vía endorrectal¹⁹⁻²¹ estará especialmente indicada en rectoceles menores o moderados y que no alcancen mucha altura, factor que puede dificultar su abordaje, y cuando se asocia al rectocele un prolapso mucoso concomitante u otra patología anorrectal. Se levanta un colgajo de mucosa y se realiza una plicatura de la musculatura rectal, preferentemente de forma longitudinal, aunque en ocasiones también se asocia una plicatura transversal. La reparación transperineal^{25,28} es una vía bien conocida por los cirujanos colorrectales, ya que también se emplea en el tratamiento de la incontinencia anal. A través de una incisión en el rafe perineal anterior, se refuerza el tabique rectovaginal mediante la aproximación hacia la línea media de ambas lazadas del músculo puborrectal. En algunos casos se ha descrito la aparición de dispareunia, por lo que también se han empleado técnicas sin tensión mediante la colocación de mallas de polipropileno en el defecto herniario previa disección del tabique rectovaginal, con buenos resultados en el 88,8% de los casos²⁹. El abordaje endovaginal²² ha sido más empleado por los ginecólogos. Es un abordaje sencillo y que permite, por su acceso, una amplia disección del tabique rectovaginal, así como la plicatura de la musculatura rectal. Se reseca la mucosa vaginal, parcialmente si es muy redundante. Con esta técnica también se ha descrito la aparición de disfunciones sexuales ya presentes preoperatoriamente en el 18% de los casos, incrementándose durante el seguimiento postoperatorio hasta un 27%²⁷. El empleo de una vía de abordaje combinada, por vía endovaginal y endorrectal²⁴ (tasa de éxito del 71%), no consigue mejores resultados que con abordajes por una sola vía^{19-23,25-27} (tasa de éxito del 62-98%) (tabla 2).

En el caso de sigmoidocele o enteroceles de asas de intestino delgado el tratamiento quirúrgico consiste en la colocación de una malla por debajo del peritoneo del suelo pélvico. Esta malla eleva el fondo de saco de Douglas e impide la entrada al suelo pélvico de asas de intestino delgado o grueso, que puedan producir una obstrucción de salida al comprimir la pared y la luz rectal²⁸. Si se asocian distintas patologías del suelo pélvico también se ha descrito una reparación pélvica total con malla²⁹.

Intususcepción interna rectal. Si fracasa el tratamiento médico, la clínica es grave y se confir-

ma el diagnóstico mediante videodefecografía, de manera que la intususcepción de la pared rectal provoca una obstrucción de salida, podemos indicar alguna de las técnicas quirúrgicas empleadas en el prolapso rectal completo.

La rectopexia al promontorio por vía abdominal tiene una tasa de resultados satisfactorios variable, que van de un 64%³⁰ a un 100%³¹. También se ha descrito el empleo de técnicas por vía endorrectal³², no muy generalizada y técnicamente difícil, que realiza una escisión transrectal mediante la técnica de Delorme, con una tasa de éxito del 70%.

En ocasiones se asocia a la intususcepción interna rectal una úlcera solitaria rectal³³. En esta situación y si fracasa el tratamiento médico, la rectopexia puede beneficiar a alrededor de un 50% de pacientes; sin embargo, la resección anterior baja y la anastomosis coloanal puede estar indicada en lesiones exofíticas, voluminosas y que provocan hemorragias importantes²⁸.

Síndrome del periné descendente. El síndrome del periné descendente presenta una serie de síntomas, como obstrucción anal al defecar y sensación de evacuación incompleta, que se creen producidos por el prolapso mucoso interno asociado a un descenso perineal patológico. También puede aparecer incontinencia anal debido a una neuropatía pudenda asociada. Si fracasa el tratamiento médico mediante dieta rica en fibra, laxantes que aumentan el volumen y supositorios de glicerina, se recomienda generalmente corregir el prolapso interno mucoso asociado mediante inyecciones esclerosantes o ligadura con banda elástica si los síntomas son moderados o incluso, ante síntomas graves, realizar una escisión transrectal²⁸.

Disfunción del suelo pélvico sin alteración anatómica asociada

Contracción paradójica esfinteriana o anismo. Los resultados del tratamiento quirúrgico mediante la sección posterior o lateral del músculo puborrectal han sido insatisfactorios³⁰, por lo que en la actualidad se recomienda un tratamiento conservador mediante técnicas de *biofeedback*^{34,35} o inyección de toxina botulínica^{36,37}.

Combinación de estreñimiento de tránsito lento y disfunción del suelo pélvico

Será recomendable tratar inicialmente cualquier disfunción del suelo pélvico que se encuentre asociada a un estreñimiento por tránsito lento, ya que en distintas series publicadas^{2,3,9} se han observado malos resultados tras practicar una colectomía en un paciente estreñido cuando presentaba de forma asociada una disfunción del suelo pélvico que no había sido tratada.

Lectura rápida



La técnica quirúrgica más eficaz en estos casos seleccionados es la colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal.

Las complicaciones más frecuentes tras este tipo de cirugía son la existencia de estenosis de la anastomosis ileorrectal y la presencia de dolor abdominal.

En el caso de que los pacientes presenten defecación obstructiva de salida por la existencia de un rectocele sintomático que no mejora clínicamente con medidas higiénico-dietéticas y laxantes, deberemos realizar cirugía del rectocele.

Los pacientes sintomáticos que presentan intususcepción rectal por técnicas de imagen (videodefecografía) en ausencia de respuesta al tratamiento médico se pueden beneficiar del tratamiento quirúrgico.



Bibliografía recomendada

Pikarsky AJ, Singh JJ, Weiss EG, Noguera JJ, Wexner SD. Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for colonic inertia. Dis Colon Rectum 2001;44:179-83.

El objetivo del estudio es evaluar los resultados a largo plazo de la colectomía con anastomosis ileorrectal en el tratamiento del estreñimiento por tránsito lento, ya que estudios previos habían analizado sus resultados con poco tiempo de seguimiento. Así, con un seguimiento medio de 8,8 años en 30 pacientes que pudieron ser evaluados, se evidenciaron resultados satisfactorios a largo plazo en el 100% de los casos.

Murthy VK, Orkin BA, Smith LE, Glessman LM. Excellent outcome using selective criteria for rectocele repair. Dis Colon Rectum 1996;39:374-8.

Estudio en el que se analizan los criterios clínicos que deben tener los pacientes con rectocele para conseguir buenos resultados tras la cirugía. Únicamente un 13% de las pacientes con rectocele a la exploración física cumplieron requisitos clínicos para reparación quirúrgica, que fueron: sensación de masa vaginal que requiere su digitalización durante la defecación (58%), retención de bario en el rectocele durante la defecografía (55%) y rectocele muy grande con prolapso interno de la pared anterior rectal (6%). Un 92% de los casos, siguiendo estos criterios, tuvieron buenos resultados con la cirugía (vía transanal).

Van Dam JH, Hop WCJ, Schouten WR. Analysis of patients with poor outcome of rectocele repair. Dis Colon Rectum 2000;43:1556-60.

El objetivo del estudio es analizar factores pronósticos de los resultados de la cirugía (vía combinada transanal y transvaginal) en una serie amplia de 89 pacientes con rectocele. La presencia de un estreñimiento de tránsito lento asociado es el único factor de mal pronóstico en el resultado de la cirugía. En pacientes con una frecuencia defecatoria de menos de una vez por semana debe hacerse sospechar una disfunción cólica concomitante.

Bernini A, Madoff RD, Lowry AC, Spencer MP, Gemlo BT, Jensen LL, et al. Should patients with combined colonic inertia and nonrelaxing pelvic floor undergo subtotal colectomy. Dis Colon Rectum 1998;41:1363-6.

La colectomía subtotal mejora algunos síntomas en pacientes con estreñimiento crónico por tránsito lento y con ausencia de relajación del suelo pélvico que ha sido tratado previamente con biofeedback. Sin embargo, en un 37,5% persistía la dificultad evacuatoria y casi la mitad de los pacientes (44%) no estaban satisfechos con los resultados de la cirugía.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

1. Preston DM, Hawley PR, Lennard-Jones JE, Todd IP. Results of colectomy for severe idiopathic constipation in women. Br J Surg 1984;71:547-52.
2. Kamm MA, Hawley PR, Lennard-Jones JE. Outcome of colectomy for severe idiopathic constipation. Gut 1988;29:969-73.
3. Yoshioka K, Keighley MR. Clinical results of colectomy for severe constipation. Br J Surg 1989;76:600-4.
4. Piccirillo MF, Reissman P, Carnavos R, Wexner SD. Colectomy as treatment for constipation in selected patients. Br J Surg 1995;82:898-901.
5. Redmond JM, Smith GW, Barofsky I, Ratych RE, Goldsborough DC, Schuster M. Physiological tests to predict long term outcome of total abdominal colectomy for intractable constipation. Am J Gastroenterol 1995;90:748-53.
6. Pluta H, Bowes KL, Jewell LD. Long-term results of total abdominal colectomy for chronic idiopathic constipation. Value of preoperative assessment. Dis Colon Rectum 1996;39:160-6.
7. Lubowski DZ, Chen FC, Kennedy ML, King DW. Results of colectomy for severe slow transit constipation. Dis Colon Rectum 1996;39:23-9.
8. ● Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, Rath DM. Long-term results of surgery for chronic constipation. Dis Colon Rectum 1997;40:273-9.
9. ●● Bernini A, Madoff RD, Lowry AC, Spencer MP, Gemlo BT, Jensen LL, et al. Should patients with combined colonic inertia and nonrelaxing pelvic floor undergo subtotal colectomy. Dis Colon Rectum 1998;41:1363-6.
10. ● Pikarsky AJ, Singh JJ, Weiss EG, Noguera JJ, Wexner SD. Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for colonic inertia. Dis Colon Rectum 2001;44:179-83.
11. Pfeifer J, Agachan F, Wexner SD. Surgery for constipation. A review. Dis Colon Rectum 1996;39:444-60.
12. Fasth S, Hedlund H, Svaninger G, Oreslund T, Hulten L. Functional results after subtotal colectomy and caecorectal anastomosis. Acta Chir Scand 1983;149:623-7.
13. Stabile G, Kamm MA, Hawley PR, Lennard-Jones JE. Colectomy for idiopathic megarectum and megacolon. Gut 1991;32:1538-40.
14. Sarli L, Costi R, Sarli D, Roncoroni L. Pilot study of subtotal colectomy with antiperistaltic cecoproctostomy for the treatment of chronic slow-transit constipation. Dis Colon Rectum 2001;44:1514-20.
15. Pemberton JH, Rath DM, Ilstrup DM. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. Ann Surg 1991;214:403-13.
16. DeGraaf EJR, Gilberts LAM, Schouten WR. Role of colonic transit time studies to select patients with slow transit constipation for partial left-sided or subtotal colectomy. Br J Surg 1996;83:648-51.
17. Stewart J, Kumar D, Keighley MR. Results of anal low rectal anastomosis and pouch construction for megarectum and megacolon. Br J Surg 1994;81:1051-3.
18. Rongen MJGM, Gerritsen van der Hoop A, Baeten CGMI. Cecal access for antegrade colon enemas in medically refractory slow-transit constipation. Dis Colon Rectum 2001;44:1644-9.
19. Khubchandani IT, Hakki AR, Sheets JR, Stasik JJ. Endorectal repair of rectocele. Dis Colon Rectum 1983;26:792-6.
20. Schapayak S. Transrectal repair of rectocele: an extended armamentarium of colorectal surgeons: a report of 355 cases. Dis Colon Rectum 1985;28:422-33.
21. Janssen LW, Van Dijke CF. Selection criteria for anterior rectal wall repair in symptomatic rectocele and anterior rectal wall prolapse. Dis Colon Rectum 1994;37:1100-7.
22. Mellgren A, Anzen B, Nilsson BY, Johansson C, Dolk A, Gillgren P, et al. Results of rectocele repair: a prospective study. Dis Colon Rectum 1995;38:7-13.
23. ● Murthy VK, Orkin BA, Smith LE, Glessman LM. Excellent outcome using selective criteria for rectocele repair. Dis Colon Rectum 1996;39:374-8.
24. ● Van Dam JH, Hop WCJ, Schouten WR. Analysis of patients with poor outcome of rectocele repair. Dis Colon Rectum 2000;43:1556-60.
25. Ommer A, Kohler A, Athanasiasis S. Results of transperineal levator-plasty in treatment of symptomatic rectocele. Chirurg 1998;69:966-72.
26. Watson SJ, Loder PB, Halligan S, Bartram CI, Kamm MA, Philips RK. Transperineal repair of symptomatic rectocele with Marlex mesh: a clinical, physiological and radiologic assessment of treatment. J Am Coll Surg 1996;183:257-61.
27. Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. Br J Obstet Gynaecol 1997;104:82-6.
28. Roig JV. Patología del suelo pélvico. En: Lledo S, editor. Cirugía Colorrectal. Madrid: Arán, 2000; p. 129-44.
29. Sullivan ES, Longaker CJ, Lee PYH. Total pelvic mesh repair. A ten-year experience. Dis Colon Rectum 2001;44:857-63.
30. Keighley MR. Surgery for constipation. Br J Surg 1998;75:625-6.
31. Hoffman MJ, Kodner IJ, Fry RD. Internal intussusception of the rectum. Diagnosis and surgical management. Dis Colon Rectum 1984;27:435-41.
32. Berman IR, Harns MS, Rabeter MB. Delorme's transrectal excision for internal rectal prolapse. Patient selection, technique and 3 year follow up. Dis Colon Rectum 1990;33:573-80.
33. Ihre T, Seligson U. Intussusception of the rectum-intestinal procidencia: treatment and results in 90 patients. Dis Colon Rectum 1975;18:391-6.
34. Gilliland R, Heymen S, Altomare DF, Park UC, Vickers D, Wexner SD. Outcome and predictors of success of biofeedback for constipation. Br J Surg 1997;84:1123-6.
35. Rhee P-L, Choi MS, Kim YH, Son HJ, Kim JJ, Koh KC, et al. An increased rectal maximum tolerable volume and long anal canal are associated with poor short-term response to biofeedback therapy for patients with anismus with decreased bowel frequency and normal colonic transit time. Dis Colon Rectum 2000;43:1405-11.
36. Joo JS, Agachan F, Wolff B, Noguera JJ, Wexner SD. Initial North American experience with botulinum type A for treatment of anismus. Dis Colon Rectum 1996;39:1107-11.
37. Ron Y, Avni Y, Lukovetski A, Wardi J, Geva D, Birkenfeld S, et al. Botulinum toxin type-A in therapy of patients with anismus. Dis Colon Rectum 2001;44:1821-6.