



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



TRASTORNOS FUNCIONALES

Estreñimiento y trastornos funcionales anorrectales

Constipation and functional anorectal disorders

E. Coss-Adame

Departamento de Gastroenterología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Recibido el 7 de junio de 2013; aceptado el 21 de junio de 2013

El estreñimiento funcional (EF) tiene un alta prevalencia y presenta alteraciones fisiopatológicas específicas que permiten su adecuada categorización. Por otra parte, la incorporación de nuevas tecnologías ha permitido dilucidar los trastornos funcionales anorrectales (TFAR), contribuyendo a definir aspectos fisiológicos de la función anorrectal con mayor claridad. Durante la *Digestive Disease Week 2013* (Orlando, FL.) se presentaron trabajos en relación al EF y los TFAR. Esta revisión destaca los más importantes relacionados con estos temas.

Estreñimiento

Epidemiología

La relación del cáncer colorrectal y el estreñimiento ha sido materia de debate. Nicholas Talley presentó un trabajo de pacientes con estreñimiento crónico (EC) extraídos de una base de datos y ajustados por sexo y edad, comparados con pacientes sin EC. Se agruparon como leve, moderado o grave de acuerdo al número de consultas, procedimientos relativos a estreñimiento, visitas al gastroenterólogo y uso de

laxantes. A mayor gravedad hubo mayor razón de tasa de incidencia ajustada para cáncer de colon y neoplasias benignas (2.26, 1.94-2.64 y 3.30, 3.16-3.45, respectivamente) vs. controles sin EC¹.

En otro estudio basado en colonoscopia, se exploró la asociación entre EC y diverticulosis (D), propuesta desde hace mucho tiempo. Se determinó que no existe asociación entre EC y D (RM 0.56, IC 95% 0.40, 0.80), independientemente de la consistencia de las evacuaciones (RM 0.75, IC 95% 0.55, 1.02), esfuerzo de pujo (RM 0.85, IC 95% 0.59, 1.22) o presencia de evacuaciones incompletas (RM 0.85, IC 95% 0.61, 1.20). El incremento del índice de masa corporal, tabaquismo y raza caucásica fueron factores asociados a la D. La ingesta de fibra no fue factor determinante en el desarrollo de D².

Fisiopatología

En un análisis *post-hoc* de un estudio de tratamiento con prucalopride para EF, Anton Emmanuel reporta que los pacientes con tránsito colónico lento (por marcadores radioopacos), presentaron mayor frecuencia de dolor abdominal, esfuerzo de pujo y la presencia de mayor número de deseos

Autor de correspondencia: Vasco de Quiroga No. 15. Col. Sección XVI. Del. Tlalpan. México, D.F. C.P. 14000. Teléfono: (01) 5487 0900 ext. 2208. Correo electrónico: enriquecossmd@gmail.com (E. Coss-Adame)

inefectivos para defecar comparados con aquellos con tránsito normal. Los pacientes con tránsito colónico lento presentaron menor frecuencia de urgencia para defecar³.

Tratamiento

Durante esta DDW se presentaron varios trabajos relacionados con el tratamiento del EF. Un estudio multicéntrico aleatorizado y controlado con placebo, utilizó plecanatide (un agonista del receptor de guanilato ciclasa) por 12 semanas con 3 dosis (0.3, 1 y 3 mg al día) en pacientes con EF por ROMA III. Se definió como respuesta la presencia de más de 3 evacuaciones espontáneas completas (EEC) o el incremento de más de una EEC desde el basal. Se incluyeron 951 pacientes, media de edad 47 años, 87% mujeres. Se encontró mayor número de respondedores a la semana 12 con 3 mg de plecanatide vs. placebo (21.5% vs. 11.5%, $p = 0.003$). La duración de la respuesta ($p = 0.009$) y la tasa de respuesta semanal ($p = 0.001$) fueron mayores mientras que el tiempo medio para la primera evacuación ($p = 0.001$) fue menor con plecanatide. El efecto adverso más común fue la diarrea (3% vs. 0.4%)⁴.

Trastornos funcionales anorrectales

Fisiología

La manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) ayuda a comprender mejor la fisiología anorrectal. Mark Scott presentó la caracterización de las relajaciones transitorias espontáneas del esfínter anal (RTEEA). Se realizó MAAR a 21 voluntarios sanos (16 mujeres, edad media 34 años) en posición sentada, 45 minutos pre y posprandial tras una comida estándar. Se definió a las RTEEA como una caída > 20% de la presión basal. En el periodo posprandial hubo más RTEEA (mediana 3 [IQR 1-6] vs. 0 [0-1]; $p = 0.01$). La presión basal del esfínter anal disminuyó 44% (65 mmHg [53-81] antes vs. 36 [28-44] después; $p = 0.0001$). La percepción de sensaciones anorrectales se asoció en un 66% a las RTEEA. Además, hubo una relajación de mayor longitud del esfínter anal durante las RTEEA, mecanismo que probablemente esté asociado a la capacidad de continencia⁵.

Fisiopatología

La incontinencia fecal (IF) es una condición que afecta la calidad de vida de quien la padece. Adil Bharucha presentó un trabajo en pacientes con IF con predominio de la variante de urgencia. Comparó la rigidez del recto (RR), el estrés de la pared rectal (EPR) y la tensión rectal (TR) en 8 voluntarios sanos y 9 pacientes con IF, mediante un protocolo de distensión de balón con agua e incrementos secuenciales. La tolerancia a la distensión fue mayor en voluntarios sanos vs. IF. Asimismo, la presión intrarrectal se incrementó a mayor volumen en sujetos con IF. La RR, el EPR y la TR fueron significativamente mayores en pacientes con IF⁶.

Diagnóstico

Nuevas tecnologías llevan a la necesidad de incorporar nuevos parámetros. El grupo de José Remes-Troche presentó

nuevos parámetros para medición de la función anorrectal utilizando manometría anorrectal de alta definición (MAAD) que incluyeron la integral contráctil anal (ICA), la presión poscontracción (PPC), la presión integrada de relajación anal (PIRA) y la velocidad de deslizamiento en el canal anal (VDCA), en 40 voluntarios sanos (VS) (28 mujeres, media de edad 35 años) y 20 pacientes con defecación disinérgica (DD) (12 mujeres, media de edad 46 años). Los pacientes con DD presentaron valores significativamente diferentes en comparación con los VS para cada uno de los parámetros, indicando que éstos pueden discriminar entre normalidad y patología, pero se requieren mayores estudios para validarlos⁷.

Ron Schey presentó una comparación de los parámetros obtenidos con manometría anorrectal convencional vs. aquellos obtenidos con MAAR en 17 pacientes. No sorprende la diferencia significativa entre los parámetros de medición. Lo relevante fue la falta de concordancia entre los tipos de DD, descritos por Satish Rao, siendo necesario validar los subtipos con MAAR⁸.

Tratamiento

El grupo de Satish Rao presentó un tratamiento innovador para pacientes con EF e hiposensibilidad rectal (HR). Se diagnosticó HR durante MAAR inicial en 52 pacientes (M/H=37/15; media de edad 44 ± 2.1 años). Los pacientes fueron aleatorizados a uno de 2 protocolos de distensión rectal (distensión manual con jeringa vs. inflado controlado con baróstato) en 6 sesiones cada 2 semanas. Se diagnosticó HR tras presentar alteración en 2 de 3 sensaciones (primera sensación, deseo de defecar y urgencia para defecar) y respuesta adecuada tras presentar > 20% de mejoría en 2 de 3 sensaciones. Se incluyeron 24 pacientes a baróstato (B) y 26 a distensión manual con jeringa (DMJ). Ambos recibieron secuencias de distensiones seriadas con volúmenes decrecientes. La distensión con B se asoció a una disminución estadísticamente significativa de los volúmenes para todas las sensaciones y una respuesta sintomática en 28/24 (75%), mientras que la DMJ sólo disminuyó el umbral de urgencia para defecar con respuesta sintomática en 15/26 (57%) ($p < 0.05$). El presente estudio representa una alternativa de tratamiento en pacientes con HR y EF independientemente de la presencia de DD⁹.

Conclusiones

Se presentaron avances relacionados con el estreñimiento y los trastornos funcionales del anorrecto. Algunos de ellos son novedosos y otros más resultado de tendencias previas. Nuevas tecnologías, tales como la MAAR y MAAD están permitiendo dilucidar nuevos aspectos de la fisiología anorrectal. Estos avances ayudarán a un mejor diagnóstico y tratamiento del estreñimiento y los trastornos funcionales anorrectales.

Financiamiento

No hubo financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de interés, en relación con el artículo que se remite para publicación.

Bibliografía

1. Guérin A, Mody R, Fok B, et al. Impact of chronic constipation severity on the risk of developing colorectal cancer and benign neoplasm. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. Su2017.
2. Peery AF, Sandler RS, Ahnen DJ, et al. Constipation and a low fiber diet are not associated with diverticulosis. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. Tu1180.
3. Anton E, Cools M, Vandeplassche L, et al. Relationship between colonic transit time and symptoms of constipation: integrated results from clinical trials of prucalopride. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. Su2061.
4. Miner PB, Surowitz R, Fogel R, et al. Plecanatide a novel guanylate cyclase-C (GC-C) receptor agonist, is efficacious and safe in patients with chronic idiopathic constipation (CIC): Results from a 951 patient, 12 week, multi-center trial. Sesión oral presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. 925.
5. Carrington EV, Hobson A, Knowles CH, et al. Characterization of transient anal sphincter relaxations (TASRs) in health using high resolution anorectal manometry: redefining the sampling reflex? Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. Mo2109.
6. Bharucha AE, Holmes D, Haider C, et al. Increased rectal stiffness in women with urge-predominant fecal incontinence. Sesión oral presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. 462.
7. Remes Troche JM, Perez Luna E, Reyes Huerta JU, et al. Development of new parameters to evaluate anorectal function using high-definition anorectal manometry (HDM) the anal contractile integrated (ACI), the post squeeze pressure (PSP), the anal integrated relaxation pressure (AIRP), and the sliding velocity in the anal canal (SVAC). Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. Sa2034.
8. Soubra MA, Go J, Valestin J, Schey R. Comparison of standard anorectal manometry versus high resolution manometry patterns in dyssynergic patients. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. Sa2033.
9. Rao SS, Erdogan A, Coss AE, et al. Rectal hyposensitivity: randomized controlled trial of barostat vs. syringe-assisted sensory training. Sesión de carteles presentada en: DDW 2013 mayo 18-21; Orlando, FL. Sa2029.