



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



NEUROGASTROENTEROLOGÍA

Trastornos funcionales anorrectales

E. Coss-Adame

Departamento de Gastroenterología y Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Recibido el 31 de mayo de 2014; aceptado el 26 de junio de 2014

A continuación se detallan los trabajos más relevantes relacionados con los trastornos funcionales anorrectales que fueron presentados durante la DDW 2014.

Manometría anorrectal (diagnóstico)

Las nuevas tecnologías en la evaluación de los trastornos anorrectales incluyen a la manometría de alta definición que incorpora 256 sensores circunferenciales en una sonda de 1 cm de diámetro y 9 cm de longitud. En un estudio realizado por el grupo de Raja et al., se evaluó la utilidad diagnóstica de esta tecnología en pacientes que acudieron a su laboratorio con los diagnósticos de incontinencia fecal y disinergia de piso pélvico utilizando el modo 2D versus el 3D. Se encontró que el músculo puborrectal pudo ser evaluado en 81% de los pacientes durante el reposo y menos frecuentemente en pacientes con incontinencia fecal. Además, el modo 3D detectó 86% de defectos esfinterianos de otra manera inadvertidos por el modo 2D. Por último, se detectó un 12% más de pacientes con disinergia usando modo 3D. Aspectos tales como la posición, la rigidez de la sonda y el diámetro de la misma podrían influir en el incremento de la disinergia¹.

En otro estudio presentado por Razaie et al., el efecto de los pacientes productores de metano según una prueba de aliento fue asociado con la función sensorial anorrectal evaluada con manometría de alta resolución. Se incluyeron 365

pacientes con pruebas de aliento y manometría. De ellos, 110 pruebas de aliento fueron normales, 122 fueron positivas para hidrógeno y 81 positivas para metano. El grupo de productores de metano presentó volúmenes de distensión más altos para evocar urgencia para defecar en contraposición a los pacientes normales y productores de hidrógeno. Los autores concluyeron que en pacientes con estreñimiento crónico los niveles altos de metano pueden predisponer a hiposensibilidad rectal².

Prichard et al. realizaron un estudio para evaluar mediante manometría de alta resolución y resonancia magnética de la región anorrectal la utilidad de la morfología del canal anal y las presiones anorrectales en pacientes con daño en el esfínter anal (n = 120). Del total 45 (38%) tuvieron una resonancia magnética normal y el resto evidenció 51% de lesiones en esfínter anal interno, 28% lesión del esfínter externo y 30% en el puborrectal. Esto se asoció con hipotonía del esfínter en presencia de lesión de esfínter interno (61 vs. 49 mmHg), esfínter externo (57 vs. 47 mmHg), así como con menor incremento de la presión anal al momento de realizar la maniobra de contracción. Los autores concluyeron que la hipotonía del esfínter anal depende de lesión en ambos esfínteres³.

Estreñimiento y disinergia de piso pélvico

En relación con el estreñimiento y la defecación disinérgica, Yeh Lee et al. presentaron un trabajo en el que se definió a

Autor de correspondencia: Vasco de Quiroga 15, Col Sección XVI, Tlalpan, CP 14000, México D.F. Teléfono: 5549408656.
Correo electrónico: enriquecossmd@gmail.com (E. Coss-Adame)

los diferentes tipos de disinergia manométricamente comparando el modo convencional versus topografía de la presión anorrectal mediante manometría de alta resolución, en 43 pacientes consecutivos que acudieron a su laboratorio de motilidad y a los que se les diagnosticó disinergia de piso pélvico. Se encontró que los diferentes subtipos (I-IV) fueron fácilmente discernibles usando la topografía de la presión anorrectal, mostrando moderada correlación con manometría convencional ($r^2 = 0.5$). La topografía de la presión anorrectal fue mejor para evaluar la longitud del esfínter y las diferentes partes del canal anal en términos de presión, como el componente superior (puborrectal) vs. inferior (esfínteres interno y externo)⁴.

En un estudio se evaluó la función anorrectal por manometría convencional de estado sólido y la influencia de la posición corporal para la maniobra defecatoria en 30 pacientes con estreñimiento que cumplieron criterios de ROMA III. Se encontró que los valores de presión rectal en reposo y durante la maniobra defecatoria fueron significativamente más altos en la posición sentada. Hubo una mayor proporción de pacientes con disinergia en la posición sentada comparada con el decúbito lateral izquierdo (33 vs. 16.5%). Cuando se infló un balón en el recto y se pidió que realizaran la maniobra defecatoria, se mostró que solo 20% de todos los pacientes persistieron con patrón disinérgico. En conclusión, la función anorrectal varía de acuerdo a la posición corporal⁵.

En un estudio donde se evaluó la utilidad de aplicar un cuestionario de síntomas para predecir la presencia de defecación disinérgica en pacientes con estreñimiento crónico, se encontró defecación disinérgica en 54% de los pacientes de un total de 163 encuestados al presentar prueba de expulsión del balón > 1 minuto y un patrón manométrico compatible. Los resultados se compararon entre los pacientes con estreñimiento sin disinergia y aquellos con disinergia. Se calcularon cocientes de probabilidad. El tener urgencia para defecar y > 5 minutos de pujo presentaron una probabilidad de 7.74 de tener disinergia. Por otra parte, en aquellos que presentaron necesidad frecuentemente de evacuar pero < 2 minutos de pujo, la probabilidad de tener defecación disinérgica fue de solo 0.04. La conclusión es que un esfuerzo de pujo > 5 minutos puede predecir disinergia y por el contrario un esfuerzo de pujo menor a 2 minutos ayuda a excluir. No se mencionaron sensibilidad ni especificidad para cada uno de estos parámetros⁶.

Por último, un estudio evaluó el impacto de la hiposensibilidad rectal en pacientes con trastornos de la defecación en una unidad de motilidad gastrointestinal, en un periodo de 10 años. Se revisaron los datos de 5204 pacientes para un total de 848 (16%) que presentaron hiposensibilidad rectal. Dicha hiposensibilidad fue mayor en pacientes con estreñimiento (RM 1.5, IC 95% 1.3-2.0; $p < 0.0006$), presentaron mayor duración de los síntomas (RM 1.5, IC 95% 1.1-1.9; $p = 0.004$) y tuvieron una peor calidad de vida (RM 1.8, IC 95% 1.1-2.8; $p = 0.01$)⁷.

Incontinencia fecal

En relación con la incontinencia fecal, también ha habido progresos. La evaluación de los pacientes que padecen de

incontinencia fecal es muy variable e incluye estudios neurológicos, imagen y manometría anorrectal. En relación a esta última, la incorporación de alta resolución ha llevado a nuevas mediciones. Se ha propuesto un nuevo parámetro llamado integral de volumen presurizado que evalúa de forma más objetiva al esfínter anal en términos de presión por tiempo y por longitud ($\text{mmHg}\cdot\text{s}\cdot\text{cm}$). Se reportó que los pacientes con incontinencia fecal presentaron un valor significativamente más bajo comparados con controles sanos (466.89 ± 165.85 vs. 697.30 ± 243.61 $\text{mmHg}\cdot\text{s}\cdot\text{cm}$, $p = 0.03$)⁸.

En un estudio realizado en mujeres con historial de parto vaginal, se observó que existe menor presión del esfínter anal en pacientes con incontinencia fecal cuanto mayor sea el número de partos vaginales. Este mismo hallazgo se observó en relación a la sensibilidad rectal, mostrando un incremento significativo del umbral sensitivo (hiposensibilidad)⁹.

La neuroestimulación sacra es un tratamiento de incontinencia fecal y ha sido aprobada por la FDA. Hay resultados controversiales al respecto de esta modalidad terapéutica. Un estudio incluyó pacientes con > 2 episodios de incontinencia fecal por semana y definió la respuesta al presentar mejoría > 50% en puntajes de incontinencia tras la implantación definitiva del dispositivo Interstim en 115 pacientes. La media del puntaje de Wexner preimplantación fue 12/20 y posterior a la estimulación (3 meses) fue de 3/20. El efecto adverso más frecuente fue infección (4%). Se requirió reajuste al programa de neuroestimulación (modificación de protocolo original) en 54%. Los autores concluyen que la neuroestimulación sacra es segura y efectiva para el tratamiento de pacientes seleccionados con incontinencia fecal¹⁰.

Conclusiones

Los avances en el campo del diagnóstico y tratamiento de los trastornos funcionales anorrectales continúan, con nuevos parámetros para medición durante manometría anorrectal de alta definición. Así mismo, las nuevas tecnologías ayudan a la comprensión de la fisiología anorrectal que llevará a mejores tratamientos. Cada vez se reconoce más el papel del sistema nervioso en la función del anorrecto lo que se refleja en advenimiento de mejores tratamientos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastornos anorrectales.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Raja S, Okeke FC, Stein EM, et al. Does three dimensional high resolution anorectal manometry increase diagnostic yield? Sesión de trabajos orales presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL.
2. Razaie A, Shari Chua K, Chang C, et al. Methane on breath test predicts altered rectal sensation during high resolution

- anorectal manometry. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. Mo 2026.
3. Prichard D, Bharucha AE. A comparison of rectal evacuation assessed by high resolution anal manometry, rectal balloon expulsion and magnetic resonance proctography. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. Mo 2001.
 4. Yeh Lee Y, Erdogan A, DeWitt A, et al. Anorectal manometry in dyssynergic defecation: comparative analysis of high-resolution pressure topography and waveform manometry. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. Mo 2008.
 5. Osatakul S, Boonviriyaya S, Seangnil S, Ovartharnporn B. Influence of body position on anorectal manometric assessment in functional constipation. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. Mo 2014.
 6. Parker CH, Tomlinson GA, Correia AJ, Liu LW. Predictability of functional defecation disorder in patients with chronic constipation using a standardized constipation symptom questionnaire. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. Mo 2013.
 7. Burgell R, Knowles CH, Scott M. A case-control study assessing the symptomatic impact of rectal hyposensitivity in patients with disordered defecatory function. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. Sa 2015.
 8. Wook Jung K, Jang D, Joo S, et al. A new high-resolution anorectal manometry parameter for fecal incontinence based on three-dimensional integrated pressurized volume of a spatio-temporal plot: comparison between elderly female patients with fecal incontinence and asymptomatic normal female controls. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. Mo 2021.
 9. Baker J, Chey W, Saad RJ, Menees SB. Effects of vaginal delivery on anorectal parameters and rectal sensation measurements in a fecal incontinence cohort. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. Mo 2027.
 10. Paquette IM, Johnson BL, Ferguson M, Rafferty JF. Is sacral nerve stimulation here to stay? clinical outcomes of a new treatment for fecal incontinence. Sesión de trabajos orales presentada en: DDW; 2014 mayo 3-6 Chicago, IL. 971.