

Resúmenes Seleccionados – Cirugía Orificial

Pablo A. Tacchi

1. La incontinencia fecal después del tratamiento con sedal para las fistulas anales con y sin división quirúrgica del esfínter anal interno: una revisión sistemática.

Vial M, Parés D, Pera M, Grande

L. Colorectal Dis. 2010 Mar;12(3):172-8. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01810.x. Epub 2009 Feb 7

Objetivo: el reto de la cirugía de fístula anal es erradicar la fístula manteniendo la continencia anal. La colocación de un Sedal es aconsejable para reducir la incontinencia fecal postoperatoria pero curiosamente una gran variedad de deterioro funcional después de la cirugía ha sido publicada. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de la división intraoperatoria del esfínter anal interno durante la técnica de sedal apretado o de corte para fístula anal criptogénica, sobre los resultados de la repetición y la incontinencia fecal postoperatoria.

Método: se realizó una revisión bibliográfica sistemática para identificar series publicadas desde 1966 a mayo de 2007 de los pacientes con fístula anal tratada mediante una técnica de sedal apretado o de corte. Las series publicadas se han dividido en aquellas donde la preservación del esfínter anal interno fue realizada (Grupo PIAS) o donde se realizó la división quirúrgica intraoperatoria en el momento de la colocación del sedal (Grupo SIAS). Los puntos finales principales de la revisión fueron estudiar la tasa de recurrencia de la fístula anal y la incontinencia fecal postoperatoria.

Resultados: dieciocho estudios incluyendo 19 serie y 448 pacientes fueron analizados en detalle. La tasa de recurrencia fue de 5,0% en el grupo de las PIAS y 3,0% en el grupo de SIAS respectivamente. En general, tasa de incontinencia fecal fue 5,6% en el grupo de PIAS y 25,2% en el grupo SIAS.

Conclusión: aunque basado en evidencia bajo estudios, la preservación intraoperatoria del esfínter anal interno en el momento de la inserción del sedal para fistulas anales parece reducir la incontinencia fecal postoperatoria sin un incremento sustancial en las tasas de recurrencia.

Comentario: en esta revisión se intenta observar los efectos de la sección del esfínter interno cuando se coloca un sedal ajustado. Partiendo de la base en que la mayoría de las fistulas de origen criptoglandular tiene como punto de partida un absceso interesfinteriano, parece lógico en caso de necesitar colocar un sedal, y en procesos supurativos, seccionar el esfínter anal interno para destechar la fístula, lo que sería suficiente para comenzar la resolución de la patología, sin necesidad de utilizar un sedal ajustado o de corte. Solamente que sirva de guía o drenaje del trayecto transesfinteriano. Esto no tendría repercusión en la tasa de recurrencia pero si impactaría, como resalta esta revisión, en la continencia postoperatoria. En cuanto al sedal tenso, más allá de la sección, o no, del esfínter anal interno, ofrece buenos resultados en cuanto a la tasa de curación de la fístula, pero se asocia a tasas elevadas de incontinencia.

2. Efecto de la hemorroidectomía sobre la fisiología anorrectal.

Vyslouzil K, Zboril P, Skalický P, Vomácková K

Int J Colorectal Dis. 2010 Feb;25(2):259-65. doi: 10.1007/s00384-009-0810-3. Epub 2009 Oct 21

Objetivo: el objetivo de este estudio fue determinar la sobreactividad del esfínter anal en pacientes con hemorroides de primer o segundo grado, y así evaluar la indicación de la esfinterotomía lateral interna al tratamiento quirúrgico de las hemorroides. La contracción tónica del músculo del esfínter en pacientes con estadios avanzados de hemorroides es considerada por muchos autores como causa primaria, y por lo tanto, ellos completan cirugía para hemorroides con esfinterotomía lateral interna. Si la hipertensión del esfínter anal es secundaria durante la enfermedad hemorroidal, la esfinterotomía lateral interna no está indicada. Aunque los exámenes hechos inmediatamente después de una esfinterotomía no demostraron cambios de la continencia anal, ciertas secuelas de la esfinterotomía lateral interna no pueden ser excluidas y pueden afectar negativamente más tarde a la continencia anal del paciente.

Pacientes y Métodos: el estudio prospectivo comprendió 385 pacientes tratados entre 2002-2006 con Hemoron, cirugía según Milligan-Morgan o Longo. Se excluyeron los pacientes con historia de otra enfermedad del canal anal, radioterapia de pelvis, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. Manometría fue realizada antes y después de la cirugía a intervalos de 1, 3, 6 y 12 meses después de la operación mediante método de perfusión de agua y catéter de seis canales con disposición radial.

Resultados: en los tres grupos (Hemoron, sec. Milligan-Morgan, sec. Longo), hubo 60-65% de los pacientes con hemorroides de tercer grado. Presión anal de reposo normal antes de la cirugía fue grabada en sólo 25% de los hombres y el 30% de las mujeres. Pacientes con hemorroides de grados avanzados fueron encontrados para tener hipertensión significativa del esfínter anal. El estado de mejoría más significativo de la sobreactividad del esfínter fue observado después de la cirugía de Longo y la aplicación de Hemoron. Después de la cirugía de Milligan-Morgan la recuperación de la presión del esfínter anal fue el más largo; hasta 6 meses después de la operación, una creciente presión anal de reposo media persistió (91-110 mmHg) en 25% de los hombres y el 19% de las mujeres. Después de 12 meses un aumento significativo de la

presión anal se registró en solamente tres pacientes (1,67%).

Conclusión: la sobreactividad del esfínter anal en pacientes con hemorroides es secundaria de acuerdo con nuestros resultados. La presión del esfínter se incrementó significativamente en pacientes con hemorroides avanzadas. Por lo tanto, no se recomienda posponer la cirugía e indicar a los pacientes con grados avanzados de hemorroides la hemorroidectomía.

Comentario: la enfermedad hemorroidal en etapas avanzadas se encuentra asociada a un aumento secundario de la presión máxima basal o de reposo del canal anal. En el presente trabajo se observó que la presión anal de reposo se normalizó luego del tratamiento quirúrgico, de manera temprana en pacientes en los cuales no se utilizaron procedimientos de resección y más tardíamente en los pacientes que recibieron cirugía de Milligan y Morgan. Se observa una ventaja de los métodos alternativos a la cirugía tradicional en hemorroides avanzadas.

3. Continencia anal después de la reparación del rectocele.

Ayabaca SM, Zbar AP, Pescatori M.

Coloproctology Unit, Villa Claudia Hospital, Rome, Italy. Dis Colon Rectum. 2002 Jan;45(1):63-9

Introducción: el rectocele se puede asociar con incontinencia anal y estreñimiento crónico. Diferentes procedimientos quirúrgicos se han practicado para la reparación del rectocele. El objetivo del presente estudio fue evaluar la función ano-rectal y el resultado clínico en una serie consecutiva de pacientes sometidos a cirugía endorectal o transperineal seleccionada para rectocele; en quienes el tratamiento quirúrgico fue determinado por clínica y características defecatógraficas. Se prestó atención a la cohorte de pacientes con rectocele e incontinencia como síntoma principal.

Métodos: sesenta pacientes consecutivos con rectocele sintomático experimentaron el tratamiento quirúrgico en nuestra institución. Cincuenta y ocho de los pacientes eran mujeres (edad media 56; rango, 21-70 años). La incontinencia anal fue clasificada según un sistema de puntuación previamente divulgado que tenga en cuenta el tipo y la frecuencia de episodios de incontinencia. Se realizó manometría anorrectal preoperatoria usando una sonda de perfusión abierta de polietileno. La sensación rectal fue determinada por la distensión del globo. Ecografía endoanal fue realizada con una sonda de 7,5 MHz. Se realizó defecografía preoperatoria en reposo y contracción máxima. Los pacientes con defecación obstruida como su principal síntoma, con prolapso rectal mucoso asociado, experimentaron un procedimiento endorectal. Para los pacientes con incontinencia anal asociado (grado B2 o superior), y sin un prolapso de la mucosa rectal, un acercamiento transperineal fue realizado con una esfinteroplastia anterior externa superpuesta o levatorplastia. El seguimiento medio fue de 48 meses (rango, 9-122).

Resultados: no hubo ninguna mortalidad operativa. Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 18 pacientes (30%). De los 43 pacientes con incontinencia, 34 (79%) estaban disponibles para la evaluación postoperatoria. Ninguno era continente totalmente. Sin embargo, en 25 pacientes (73,5%), la continencia mejoró después de la cirugía; la mitad tenían solamente suciedad o la pérdida de gas. Los scores de incontinencia disminuyeron (es decir, mejoraron) de 4.8 ± 0.9 a 3.9 ± 0.9 ($P = 0.002$). Se encontró una mejoría significativa tanto después de procedimientos transanales y/o perineales. Sólo diez pacientes inicialmente continentes estaban disponibles para la evaluación postoperatoria. Todos los pacientes afirmaron tener mejoría clínica del estreñimiento. Su presión reposo anal media preoperatoria fue $62,5 \pm 3,9$ mmHg (error estándar de la media), con una media postoperatoria de $75,5 \pm 7$ mmHg. La presión de compresión media preoperatoria fue $83.1 \pm 8,5$ mmHg, con una media postoperatoria de $88,5 \pm 7,9$ mmHg ($P =$ no significativa). Los volúmenes máximos tolerables estaban todos dentro de límites normales, confirmando la evidencia proctográfica que no hubo casos de megarecto en nuestra serie de pacientes. La latencia motora terminal del nervio pudendo era anormal en todos sino dos pacientes con incontinencia (latencia motora terminal del nervio pudendo es decir = 3.1; gama, 1.2-4 milisegundos). Se repitieron rectoceles en seis pacientes (10%): cinco después de un procedimiento de bloqueo y uno después de una operación de tipo Sarles. El aspecto endosonográfico postoperatorio varió según la naturaleza del procedimiento realizado.

Conclusión: hay pocos datos sobre pacientes con rectocele que han asociado incontinencia anal, sin embargo, el análisis de la decisión quirúrgica resultó en mejorar tanto el estreñimiento e incontinencia en la mayoría de nuestros pacientes con rectocele. Sin embargo, porque ninguno de los pacientes postoperatoriamente ganó continencia completa, la rehabilitación del suelo pélvico también se necesitarán para lograr la mejor función de esfínteres en pacientes con incontinencia.

Comentario: el rectocele se manifiesta habitualmente como obstrucción del tracto de salida y se asocia con constipación. Generalmente se diagnóstica como un hallazgo al examinar un paciente que consulta por incontinencia anal. La cirugía reparadora del rectocele asociada a una plástica esfinteriana, logra mejorar este síntoma en un 70% de los casos. Como lo demuestran Ayabaca y colaboradores, la plástica esfinteriana asociada no es generalmente suficiente para lograr una continencia completa y debe recurrirse a algún tipo de rehabilitación del piso pelviano.

4. Toxina botulínica tipo A (BOTOX) para el dolor pélvico refractario miofascial.

Adelowo A, Hacker MR, Shapiro A, Modest AM, Elkadry E.

D Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2013 Sep-Oct;19(5):288-92. ivision of Urogynecology, Mount Auburn Hospital, Cambridge, MA, USA.

Objetivo: evaluar las inyecciones de toxina botulínica tipo A (Botox) intraelevador para el dolor pélvico refractario miofascial.

Métodos: estudio de Cohorte retrospectivo de todas las mujeres con inyección de Botox intraelevador (100-300 unidades) desde 2005 hasta 2010 para el dolor pélvico miofascial refractario. Los resultados primarios fueron autoinformados dolor a la palpación y síntoma mejora. Los resultados secundarios incluyeron complicaciones y una segunda inyección. Se evaluó el dolor durante la palpación digital de los músculos del piso pélvico usando una escala de 0 a 10, con 10, siendo el peor dolor posible. El seguimiento se realizó en menos de seis semanas después de la inyección y otra vez en 6 semanas o más. Los datos se presentan como mediana (rango intercuartil) o proporción.

Resultados: treinta y un pacientes cumplieron los criterios de elegibilidad; 2 pacientes fueron perdidas en el seguimiento y excluidos. La edad mediana era 55,0 (38.0-62.0 años). Antes de la inyección de Botox, la puntuación media del dolor fue 9.5 (8.0-10.0). Veintinueve pacientes (93,5%) regresaron a la primera visita de seguimiento; 79,3% informaron mejoría del dolor, mientras que el 20,7% había reportado ninguna mejora. El dolor con la palpación del elevador fue significativamente menor que antes de la inyección ($P < 0.0001$). Dieciocho mujeres (58.0%) tuvieron una segunda visita de seguimiento con una puntuación media del dolor que seguía siendo más baja que antes de la inyección ($P < 0.0001$). Quince mujeres (51,7%) fueron elegidas para tener una segunda inyección de Botox; la mediana de tiempo de la segunda inyección fue 4,0 (3.0-7.0 meses). Tres mujeres (10,3%) desarrollaron de novo retención urinaria, 2 pacientes informaron incontinencia fecal (6,9%) y 3 pacientes (10,3%) informaron estreñimiento o dolor rectal; todos los efectos adversos se resolvieron espontáneamente.

Conclusiones: la inyección de Botox intraelevador muestra eficacia en mujeres con dolor pélvico refractario miofascial con pocos efectos adversos autolimitantes.

Comentario: diversos tipos de tratamientos se han postulado para resolver el dolor pélvico crónico, sin resultados alentadores (éxito de 60%) y con altas tasa de recidivas. Las medidas van desde fármacos miorelajantes, analgésicos antiinflamatorios, antidepressivos, masajes digitales del piso pelviano, infiltraciones del anillo elevador con anestésicos y corticoides, electroestimulación y biofeedback.

La inyección de toxina botulínica aparece como una opción para el tratamiento de esta patología con resultados alentadores.

5. Ensuciamiento fecal: Fisiopatología de la incontinencia postdefecatoria

Pucciani, F

Colorectal Disease, Volume 15, Number 8, 1 August 2013, pp. 987-992(6)

Resumen: la incontinencia postdefecatoria pasiva es mal entendida y todavía es un problema clínico importante. El objetivo de este estudio fue caracterizar la fisiopatología de la incontinencia postdefecatoria en los pacientes afectados por ensuciamiento fecal.

Setenta y dos pacientes (30 mujeres, edad gama 49-79 años; 42 hombres, rango de edad, 53-75 años) afectados por incontinencia fecal pasiva con ensuciamiento fecal fueron incluidos en el estudio. Se identificaron dos grupos de pacientes: Grupo 1 compuesto por 42 pacientes con incontinencia postdefecatoria y Grupo 2 con 30 pacientes sin incontinencia después de los movimientos del intestino. Después de una evaluación clínica preliminar, incluyendo la puntuación del índice de severidad de la incontinencia fecal (FISI) y la puntuación (ODS) del síndrome de defecación obstruida, todos los pacientes de los grupos 1 y 2 fueron estudiados mediante manometría y ultrasonido anorrectal endoanal. Los resultados fueron comparados con los de 20 sujetos sanos del control.

El puntaje significativamente mayor de ODS fue encontrado en el grupo 1 ($P < 0.001$). La ecografía endoanal reveló un adelgazamiento difuso significativo del esfínter anal interno (IAS) en el grupo 2 ($P < 0.02$) con una relación lineal entre las señales de la NIC atrofia y la FISI puntuación ($p = 0.78$; $P < 0.03$). Presión de reposo anal (max P y P m) fue significativamente menor en el grupo 2 ($P < 0.04$). La prueba de Filtrando fue considerada positiva en 30 pacientes (71.4%) en el grupo 1, significativamente mayor que en el grupo 2 ($P < 0.01$). Un umbral de sensibilidad rectal consciente significativamente mayor (CRST) fue encontrado en los pacientes del grupo 1 ($P < 0.01$).

La puntuación de ODS, una prueba de filtrado positiva y altos valores de CRST sugieren que la incontinencia postdefecatoria es secundaria a la defecación deteriorada.

Comentario: el ensuciamiento anal postevacuatorio o soiling, puede deberse a múltiples patologías del conducto anal que no fueron mencionadas por los autores. Estos sí hacen mención a alteraciones funcionales de la defecación como la principal causa del ensuciamiento (ODS, aumento de la presión de reposo del canal anal y del umbral de sensorialidad rectal).