

CASOS CLÍNICOS

Sigmoidocele

Drs. GUILLERMO BANNURA C, PATRICIO TEPPER L, DANIEL SOTO C

Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 67 años portadora de una constipación crónica pertinaz que consulta por disquecia intensa caracterizada por evacuación incompleta, pujo excesivo, distensión y dolor abdominal que la obliga a pasar horas en el baño. El enema baritado descartó patología orgánica relevante y el tiempo de tránsito colónico mostró una retención de los marcadores a nivel del colon sigmoide y descendente. Con el diagnóstico de una obstrucción de salida se efectuó una defecografía que reveló un sigmoidocele 3º, apreciándose que el asa sigmoidea se interpone entre el recto y la vagina alcanzando el plano de apoyo del periné en el WC. En la exploración quirúrgica destacó la profundidad del fondo de saco de Douglas y la elongación del sigmoide, siendo sometida a una sigmoidectomía con una evolución postoperatoria satisfactoria. A los 15 meses se efectúa una defecografía de control que revela un descenso patológico del piso pelviano y un enterocele. A los 23 meses de observación la paciente evalúa satisfactoriamente la intervención, refiere tener tres evacuaciones semanales con disquecia leve y el uso ocasional de laxantes. El principal problema diagnóstico de esta anomalía es la coexistencia de otras alteraciones del piso pélvico que pueden afectar los resultados funcionales de la corrección del sigmoidocele.

PALABRAS CLAVES: **Sigmoidocele, defecografía, disquecia, constipación pertinaz**

SUMMARY

We report the case of a 67 year-old female patient with chronic refractory constipation who consulted or severe diskesia characterized by incomplete evacuation, excessive strain, abdominal distention and pain. The barium enema ruled out relevant organic pathology and a colon transit test revealed a retention of the markers at the level of the descending and sigmoid colon. The clinical diagnosis of outlet obstruction was made and a defecography showed a grade III sigmoidocele: the test showed a sigmoid loop interposed between the rectum and the vagina reaching the support plane of the perineum while seated at the toilet. At surgery, the sigmoid colon was elongated and the cul-de-sac was deeper than normal. She underwent a sigmoidectomy with a fair postoperative course. At 15 months follow up, a defecography showed a pathological descent of the pelvic floor and an enterocele. At 23 months follow up, the patient evaluates her treatment as satisfactory; she claims to have 3 evacuations per week with mild dyschezia and sporadic use of laxatives. The main diagnostic problem for this condition is the coexistence of other alterations in the pelvic floor, which could affect the functional results of the surgery.

KEY WORDS: **Sigmoidocele, defecography, dyschezia, refractory constipation**

INTRODUCCIÓN

El fondo de saco de la excavación pelviana puede extenderse en sentido caudal entre el recto y la vagina en grados variables hasta alcanzar eventualmente el periné, constituyendo una verdadera hernia del fondo de saco o hernia vaginal.^{1,2} Habitualmente, el contenido del saco lo forman el epiplón mayor o asas del intestino delgado que son estructuras con un eje longitudinal relativamente más largo, condición denominada enterocele y cuya correlación clínica no es comprendida en forma cabal. Ocasionalmente, en el estudio de un grave trastorno de la evacuación mediante la cinedefecografía es posible encontrar un asa redundante de colon sigmoides ocupando este espacio entre el recto y la vagina (fondo de saco de Douglas), entidad conocida como sigmoidocele, cuyo significado clínico sólo ha sido recientemente aclarado en la literatura especializada.³ El objetivo de esta presentación es dar a conocer un caso de sigmoidocele en una paciente portadora de una constipación crónica pertinaz y revisar los principales aspectos diagnósticos y terapéuticos de esta condición.

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años, nulípara y con antecedentes de apendicectomía, herniorrafia inguinal derecha e histerectomía por vía abdominal hace 25 años. Refiere una historia de constipación crónica de 30 años de evolución caracterizada por deposiciones escasas y duras cada 3 a 7 días, que la obliga al empleo de laxantes de contacto en forma frecuente. En agosto de 1996 consulta por sensación de evacuación incompleta (tenesmo rectal), pujo rectal excesivo, evacuación fraccionada, distensión y dolor abdominal, disquecia que la obliga a pasar horas al día en el baño. El enema baritado de doble contraste revela un dolicosigmoides con algunos divertículos aislados y un ciego móvil. Debido a la nula respuesta al tratamiento con fibra dietética, se solicita un estudio de tránsito colónico (TTC), que revela una marcada hipomotilidad del colon sigmoides con acumulación de los marcadores radiopacos en el colon sigmoides y descendente, lo que se interpreta como una obstrucción de salida. El estudio de esta disquecia intensa se continuó con una defecografía que informa: "en la placa N° 1 con opacificación de la vagina y el recto con material semisólido se observa un espacio excesivo entre el recto y el sacro, a través del cual desciende un asa de sigmoides. En la placa N° 2 durante el inicio de la evacuación, la pared anterior del recto se pro-

lapsa hacia la vagina (rectocele anterior) (Figura 1). En la placa N° 3 se ha evacuado la mayor parte del recto, apreciándose que ha descendido un asa del sigmoides que se interpone entre el recto y la vagina, alcanzando el plano de apoyo del periné en el WC (Figura 2). Conclusión: Sigmoidocele grado III más una invaginación rectorrectal y rectocele moderados". Entre los hallazgos operatorios destacó la profundidad del fondo de saco recto-genital, la marcada elongación del sigmoides y la presencia de un ciego móvil ubicado en la pelvis. Se efectuó una sigmoidectomía con anastomosis mecánica, peritonización del piso pélvico con el fin de obliterar la excavación pelviana y una cecopexia a la corredora parietocólica derecha. La evolución postoperatoria fue sin incidentes y actualmente completa 23 meses de observación con tres evacuaciones por semana, con disquecia leve y la necesidad de laxantes en forma ocasional. El enema baritado de control revela una anastomosis amplia y la defecografía efectuada a los 15 meses de la intervención señala: "La placa N° 1 muestra en la fase inicial la

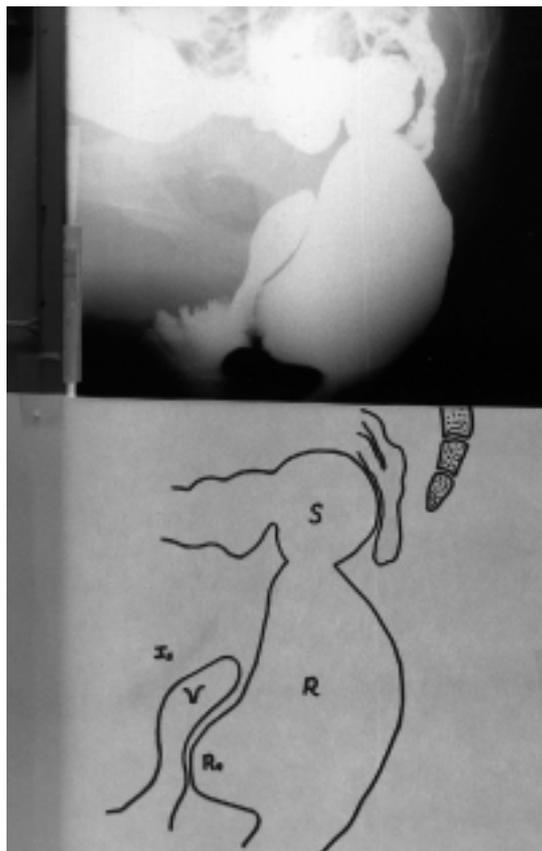


Figura 1. Defecografía y representación esquemática. Inicio de la evacuación: rectocele moderado (Re). R= recto, Is= isquion. S= sigmoides, V= vagina.

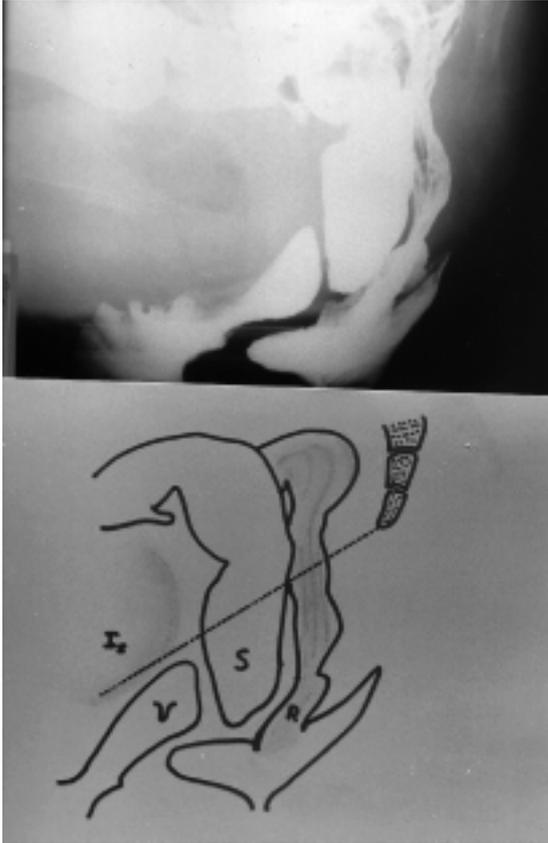


Figura 2. Evacuación prolongada: sigmoidocele apoya en el WC (grado 3). Invaginación rectorrectal. Línea punteada representa la línea isquiococcígea.

vagina opacificada en posición vertical, el septum rectovaginal de grosor adecuado y la ampolla rectal amplia con una buena relación entre este órgano y el sacro. En la placa N° 2 se inicia la evacuación rectal, apreciándose un discreto rectocele anterior y la vagina en posición más horizontal por descenso de la porción superior. En la toma N° 3 la paciente mantiene el esfuerzo defecatorio, observándose que la parte distal de la ampolla rectal se ha vaciado, la vagina toma una posición casi horizontal y la vejiga ha descendido en forma significativa (Figura 3). En la placa N° 4 se realiza una maniobra de retención, lo que permite apreciar un asa de íleon que ha descendido hasta el periné entre el recto y la vejiga (Figura 4). Conclusión: Descenso patológico del piso pélvico. Enteroceles”.

DISCUSIÓN

El sigmoidocele ha sido una entidad virtualmente desconocida hasta algunas décadas e incluso su denominación con frecuencia se confunde

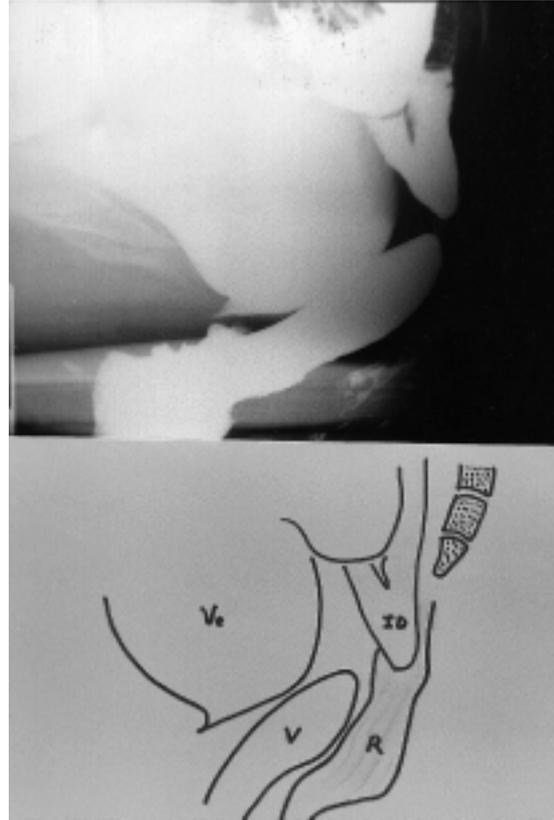


Figura 3. Defecografía de control. Esfuerzo defecatorio mantenido. Ampolla rectal (R) se ha vaciado. Vagina horizontal (V). Descenso de la vejiga (Ve). Asa de intestino delgado (ID) insinuada.

con el término más genérico de “enterocele”, este último referido a la presencia de intestino delgado en el fondo de saco de Douglas.⁴ El aspecto clínico más destacado en estas pacientes es el antecedente de una histerectomía, especialmente por vía vaginal, técnica utilizada en forma creciente en las últimas décadas y que, sin duda, altera o debilita el soporte del fondo de saco recto-uterino. La incidencia de enterocele luego de esta intervención se ha estimado entre 6 y 25%,¹⁻³ lo que es susceptible de mejoría con una adecuada obliteración del fondo de saco y la sutura de los ligamentos uterosacros. Otros factores clínicos predisponentes y comunes a la patología herniaria, son la multiparidad, la edad avanzada, la obesidad y la constipación, algunos de ellos presentes en nuestro caso.

Existe consenso que el diagnóstico clínico es muy difícil o imposible de efectuar y en las escasas publicaciones sobre el tema habitualmente fue un hallazgo del estudio dinámico del acto defecatorio. El rol del enema baritado en el estudio de la constipación es descartar patología orgánica asociada,

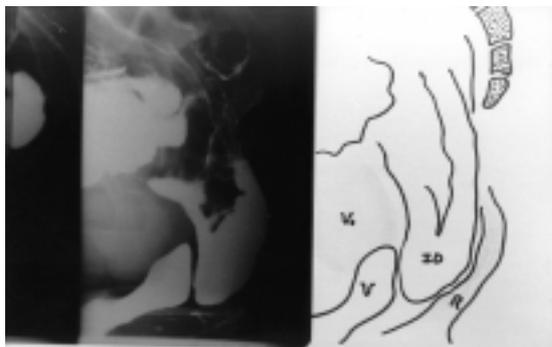


Figura 4. Maniobra de retención. Asa de intestino delgado (ID) descendiendo entre el recto y la vagina.

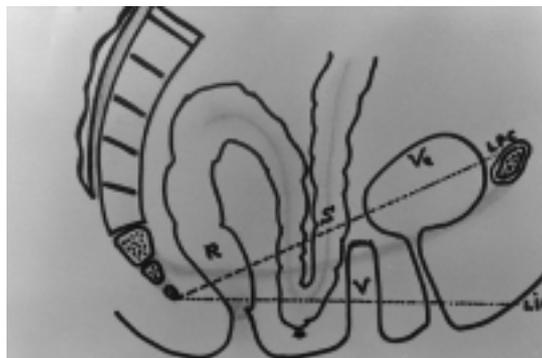


Figura 5. Representación esquemática de un sigmoidocele grado 3.

especialmente la presencia de un megacolon. En ausencia de una megaformación, el tiempo de tránsito colónico nos permitirá precisar si existe un trastorno difuso de la motilidad del colon (inercia colónica) o se trata de un trastorno a nivel del tracto de salida (*outlet obstruction*).⁵ Es precisamente en este tipo de pacientes con graves trastornos de la evacuación en el cual puede sospecharse la presencia de un sigmoidocele, cuyo diagnóstico diferencial debe hacerse con otras condiciones que provocan disquecia tales como el prolapso rectal oculto, la intususcepción rectorrectal, el rectocele y el anismus o contracción paradójica del haz puborrectal.^{1,3} Sin duda, el examen más relevante en la evaluación de este grave trastorno de la evacuación es la defecografía que permite hacer el diagnóstico diferencial y precisar la cuantía de la alteración anatómica. La cinedefecografía (videodefecografía) consiste en el registro dinámico de la evacuación que se efectúa mediante un procedimiento que está claramente definido en la literatura actual y que es reproducible.⁶⁻¹⁰ Las ventajas de este estudio sobre la simple defecografía que muestra instantes de un proceso complejo son obvias, pero ha sido el único método accesible en nuestro medio y nos permitió un diagnóstico preciso en nuestro caso. Este examen permite objetivar el grado de descenso del colon sigmoide, calcular el índice de redundancia del segmento y el grado de dificultad en el vaciamiento del sigmoidocele, con un rendimiento y una confiabilidad cercana al 90%.¹¹ Basado en este estudio dinámico, se ha clasificado el sigmoidocele de acuerdo al grado de descenso de la porción más inferior del asa sigmoidea durante el esfuerzo defecatorio máximo.³ Los puntos anatómicos de reparo son el pubis, el cóccix y el isquion. En el sigmoidocele de grado 1 el asa pélvica no sobrepasa la línea pubococcígea. En el

grado 2 el sigmoide se ubica por debajo de esta línea pero no alcanza la línea isquiococcígea. En el sigmoidocele grado 3 el sigmoide descende por debajo de esta línea, lo que queda claramente graficado en la defecografía de nuestra paciente. Para otros autores, en el sigmoidocele grado 3 el vértice del descenso del sigmoide alcanza el cuerpo perineal,² lo que en términos prácticos coincide con el hecho de sobrepasar la línea isquiococcígea (Figura 5).

Dado que esta condición puede ser un hallazgo en pacientes sintomáticas, es muy importante la correlación con la clínica¹² y en general sólo tendrían indicación quirúrgica los casos de sigmoidocele grado 3, es decir, cuando el sigmoide descende hasta alcanzar el periné. Los síntomas principales del sigmoidocele son la constipación pertinaz, la evacuación incompleta, la sensación de masa rectal y la distensión abdominal. Algunas pacientes refieren dolor rectal como espasmo, síntomas que no se acompañan de rectorragia, pérdida de mucosidades o proctalgia defecatoria. Uno de los principales problemas diagnósticos de esta condición es la coexistencia con otras anomalías de la región, en el contexto de una laxitud o relajación de los medios de sostén del diafragma pelviano.¹³ No es extraño la presencia de rectocele, intususcepción rectorrectal o prolapso oculto, cistocele y prolapso uterino, constituyendo en mayor o menor medida un síndrome de descenso patológico del piso pélvico,¹⁴ lo que podría explicar en parte la mejoría sólo parcial de la disquecia en el caso de nuestra paciente y la necesidad del uso ocasional de laxantes.

La resección quirúrgica del sigmoidocele grado 3 con anastomosis inmediata es la opción más racional en el tratamiento definitivo de esta condición. Sin embargo, en los casos asociados a una

inercia colónica claramente demostrada en el estudio del tiempo de tránsito colónico, la operación de elección es la colectomía total con anastomosis ileorrectal, lo que requiere de una evaluación cuidadosa de la continencia fecal.

En suma, el sigmoidocele es una condición patológica demostrable mediante la cindefecografía, con una prevalencia del 6 al 11% en una población de pacientes estudiados por constipación pertinaz.^{3,12,13} La fisiopatología de esta anomalía en la defecación obstructiva es compleja y requiere de mayores estudios. Probablemente el contenido fecal sólido a este nivel explique la mayor relevancia clínica del sigmoidocele en relación al enterocele, cuya prevalencia alcanza cifras del 28% en mujeres con prolapso genital sometidas a una cistoproctografía.¹⁵ El sigmoidocele debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los trastornos de la evacuación y el examen fundamental para objetivarlo y medir su cuantía es la cindefecografía. Los pacientes con sigmoidocele grados 1 y 2 son susceptibles de un manejo conservador con la técnica del *biofeedback* con éxito en aproximadamente el 50% de los casos.^{1,3} En los casos avanzados está formalmente indicada la resección quirúrgica asociado a la obliteración del fondo de saco recto-uterino, técnica que actualmente es posible realizar por vía laparoscópica con menos discomfort y con una notable disminución de la estadía hospitalaria.¹⁶

Nota: (Nuestros agradecimientos al Dr. Claudio Cortés Arriagada por los estudios radiológicos del caso).

BIBLIOGRAFÍA

1. Timmcke AE: Functional anorectal disorders. In: Beck DE, Wexner SD: Fundamentals of anorectal surgery. London: WB Saunders 1998; 95-6.
2. Fenner DE: Diagnosis and assessment of sigmoidoceles. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 1438-42.
3. Jorge JM, Yang YK, Wexner SD: Incidence and clinical significance of sigmoidoceles as determined by a new classification system. Dis Colon Rectum 1994; 37: 1112-7.
4. Nichols DH: Types of enterocele and principles underlying choice of operation for repair. Obstet Gynecol 1972; 40: 257-63.
5. Bannura G: Estudio y tratamiento de la constipación crónica pertinaz. Rev Chil Cir 1998; 50: 139-47.
6. Mahieu P, Pringot J, Bodart P: Defecography: I. Description of a new procedure and results in normal patients. Gastrointestinal Radiol 1984; 9: 247-51.
7. Mahieu P, Pringot J, Bodart P: Defecography: II. Contribution to the diagnosis of defecation disorders. Gastrointest Radiol 1984; 9: 253-61.
8. Ekberg O, Nylander G, Fork FT: Defecography. Radiology 1985; 155: 45-8.
9. Finlay IG: Symposium: Proctography. Int J Colorect Dis 1988; 3: 67-89.
10. Wexner SD, Jorge JM: Colorectal physiological test: use or abuse of technology? Eur J Surg 1994; 160: 167-74.
11. Pfeifer J, Oliveira L, Park UC et al: Are interpretations of video defecography reliable and reproducible? Int J Colorect Dis 1997; 12: 67-72.
12. Agachan F, Pfeifer J, Wexner SD: Defecography and proctography. Results of 744 patients. Dis Colon Rectum 1996; 38: 899-905.
13. Maglinte DDT, Kelvin FM, Fitzgerald K, Hale DS, Benson JT: Association of compartment defects in pelvic floor dysfunction. AJR 1999; 172: 439-44.
14. Syndrome of the descending perineum. In: Corman ML: Colon and Rectal Surgery. Philadelphia: JB Lippincott 1989; 217-8.
15. Kelvin FM, Hale DS, Maglinte DD, Patten BJ, Benson JT: Female pelvic organ prolapse: diagnostic contribution of dynamic cystoproctography and comparison with physical examination. AJR 1999; 173: 31-7.
16. Chen HH, Alabaz O, Iroatulam AJN et al: Laparoscopic colectomy for benign colorectal is associated with a significant reduction in disability as compared to laparotomy. Dis Colon Rectum 1997; 40: A20.