

## TRABAJOS CIENTÍFICOS

# Resultados del tratamiento quirúrgico en inercia colónica

Drs. GEORGE PINEDO M, FRANCISCO LÓPEZ K, GONZALO SOTO D, ALVARO ZÚÑIGA D, ALEJANDRO RAHMER O, JUAN F MIQUEL, Int. M CLAVERÍA

Departamento de Cirugía Digestiva, Hospital Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

### RESUMEN

*Introducción:* Inercia colónica (IC) es un síndrome clínico que afecta principalmente a mujeres, caracterizado por constipación refractaria al tratamiento médico y tránsito colónico lento. El objetivo de este trabajo fue evaluar los resultados de la cirugía en pacientes con diagnóstico de IC. *Materia y Método:* Se revisó en forma retrospectiva los pacientes con diagnóstico de IC refractorios al uso de laxantes, y operados en el Hospital Clínico de la Universidad Católica desde septiembre de 1994 hasta mayo de 2002. *Resultados:* Se evaluó 11 pacientes a los que se les practicó una colectomía total con anastomosis ileorrectal. Todos los pacientes fueron mujeres, con una edad promedio de 46,5 años (21-67 años). Todas las pacientes presentaban al menos 2 años de constipación refractaria al uso de laxantes. El 100% de las pacientes presentaba estudio de tránsito colónico alterado (20% o más de los marcadores distribuidos difusamente en el colon después de 5 días). A 9 pacientes se les realizó una manometría anorrectal preoperatoria, y a 2 pacientes se les realizó defecografía que fueron informados como normales descartando una patología del piso pélvico. Las 11 pacientes fueron sometidas a una colectomía total más ileorrectal anastomosis (9 en forma convencional y 2 en forma laparoscópica). Histológicamente ningún paciente presentaba ausencia de plexos neuroentéricos. La frecuencia defecatoria promedio postoperatorio con una media de seguimiento de 29,2 meses fue de 2,66 veces por día (vs 1,8 veces por semana en el preoperatorio). El 100% de las pacientes se encuentra satisfecha con el procedimiento: 9,2 (escala de 1-10). *Conclusión:* La colectomía total más anastomosis ileorrectal es una buena alternativa terapéutica en pacientes bien seleccionadas con IC confirmada, y asegurando que no existe obstrucción de salida fecal.

**PALABRAS CLAVES:** *Constipación crónica pertinaz, inercia colónica, colectomía total, ileorrectoanastomosis*

### SUMMARY

Colonic inertia (CI) is a clinical syndrome characterized by slow colonic transit, refractory to medical treatment. Most affected patients are women. Our goal was the evaluation of surgery in patients with CI. *Material and Method:* We reviewed patients with CI refractory to the use of laxatives, submitted to surgery from September 1994 to May 2002 at the Hospital Clinico de la Universidad Catolica. *Results:* the series is composed of 11 female patients with an average age of 46.5 years (range 21-67) who underwent total colectomy with ileorectal anastomosis. All of them presented with at least a 2-year history of refractory constipation with altered colonic transit. Preoperative anorectal manometry was performed in 9 patients and defecography in 2 patients. These studies ruled out pelvic floor pathology. Histologic study of the surgical specimen showed preservation of ganglionar cells in the myoenteric plexus. The postoperative defecation

average was 2.66 times a day (versus 1.8 times per week in the preoperative period). The average follow-up was 29,2 months. All patients are satisfied with the procedure with a score of 9.2 (scale 1 to 10). *Conclusion:* total colectomy with ileorectal anastomosis is a good therapeutic alternative in selected patients with confirmed CI insuring that there is no obstruction.

**KEY WORDS:** *Refractory chronic constipation, colonic inertia, total colectomy, ileorrectal anastomosis*

### **INTRODUCCIÓN**

La constipación crónica es una patología que presenta un problema importante de salud pública. Hay definiciones muy subjetivas que hablan de una defecación inadecuada, ya sea en disminución de frecuencia o alteración de la calidad; otras más específicas intentan objetivar la constipación como lo utilizado en la definición de la constipación según los criterios de Roma.<sup>1</sup> Según estadísticas de EEUU el 1-2% de la población defeca menos de 2 veces por semana.<sup>2</sup> La mayoría de las personas clasificadas como constipados ceden con medidas simples, ya sea con dieta (aumento de fibras) o con laxantes comunes. Hay otro grupo de pacientes que tienen causas secundarias de su constipación causados por la ingesta de algún fármaco, o bien por enfermedad que produce como uno de sus síntomas la constipación. Hay un pequeño grupo de pacientes que no responden al tratamiento habitual siendo considerados como constipación crónica pertinaz (CCP) que son los más difíciles de tratar. Al enfrentar un paciente con constipación refractario al tratamiento habitual es importante considerar un estudio completo para dilucidar el tipo de CCP. Estos estudios habitualmente involucran enema baritado de doble contraste, estudio de tránsito colónico y estudio de función del piso pélvico (manometría anorrectal, electromiografía anorrectal y/o defecografía). Al concluir estos estudios se puede agrupar a los pacientes con CCP en tres grandes grupos: 1) Tránsito lento idiopático o inercia colónica (IC); 2) Constipación asociada a obstrucción de salida; 3) Constipación asociada a trastornos funcionales. En estos últimos dos casos, el tratamiento es generalmente médico pero en el caso de la IC el tratamiento puede ser quirúrgico, si no existe respuesta a un tratamiento médico adecuado. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados quirúrgicos de los pacientes con diagnóstico de IC sometidos a colectomía total más anastomosis ileorrectal, en el Hospital Clínico de la Pontificia universidad Católica.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisó en forma retrospectiva todos los pacientes intervenidos en nuestra institución con el

diagnóstico de IC desde septiembre de 1994 hasta mayo de 2002. Se utilizó un protocolo de recolección de datos que incluía: sexo, edad, duración de la constipación otros síntomas preoperatorios, estudios realizados para efectuar el diagnóstico, tipo de cirugía realizada, síntomas postoperatorios, anatomía patológica de la pieza resecada, complicaciones postoperatorias y satisfacción con el procedimiento.

Todos los pacientes fueron evaluados en conjunto con el equipo de gastroenterología descartando causas médicas que pudieran afectar la constipación de los pacientes. En todos los pacientes se intentó tratamiento médico con ingesta abundante de fibras y líquido más apoyo con laxantes. En quienes no hubo una respuesta satisfactoria, se inició el estudio con una enema baritada de doble contraste siendo requisito una anatomía normal para continuar con el estudio de la constipación. Con posterioridad se realizó un estudio de tránsito colónico con marcadores SITZMARKS (Konsyl pharmaceuticals, Inc. Fort Worth, TX) tomándose una radiografía al 5º día. La presencia de 20% o más de los marcadores al 5º día fue informado como alterado. Al respecto la distribución homogénea de los marcadores en todo el colon constituyó el diagnóstico de IC o tránsito lento. Frente a los pacientes con acúmulo de los marcadores predominantemente en el colon izquierdo, sigmoides y recto, se interpretó como de posible origen del piso pélvico. En seguida se les realizó a todos los pacientes candidatos a la cirugía estudio del piso pélvico para descartar patología a este nivel. El manómetro utilizado fue Sandhill modelo Insight de perfusión de agua de 8 canales. La defecografía fue planteada en pacientes mujeres, múltiparas y/o con antecedente de histerectomía. Los pacientes con diagnóstico de IC sin patología del piso pélvico y que no respondían a tratamiento adecuado de dieta y laxantes fueron considerados para cirugía.

### **RESULTADOS**

Se intervinieron 11 pacientes en el tiempo pre-determinado. Todos los pacientes fueron mujeres con una edad promedio de 46,5 años (i: 21-67). Con respecto a los síntomas preoperatorios todos

los pacientes presentaban una historia de a lo menos 2 años de constipación crónica con diagnóstico concordante con los criterios de Roma.<sup>1</sup> La frecuencia defecatoria preoperatoria era en promedio de 1,8 veces por semana. Seis pacientes presentaban dolor abdominal preoperatorio asociado a la constipación, 3 pacientes presentaban antecedentes de impactación fecal y 4 presentaban antecedentes de colopatía funcional. El 100% de los pacientes presentaban estudio de tránsito colónico alterado, con la aparición de a lo menos 20% de los marcadores distribuidos en el colon después de 5 días de su ingesta, visualizado a través de una radiografía de abdomen simple. A nueve de los pacientes se les evaluó la función del piso pélvico con manometría anorrectal el cual fue informado como normal en todos los casos. A dos de los pacientes se les evaluó el piso pélvico con defecografía los cuales también fueron informados como normales, descartando una patología del piso pélvico. Los once pacientes fueron sometidos a una colectomía total más anastomosis ileorrectal. A nueve de estos pacientes se les realizó cirugía en forma convencional con laparotomía, y dos de los pacientes fueron operados en forma laparoscópica. Las operaciones fueron comparables en cuanto a colon resecaado y recuperación postoperatoria.

Histológicamente todas las piezas quirúrgicas fueron considerados normales, se encontraron plexos neuroentéricos en todas las muestras. El seguimiento postoperatorio fue en promedio 29,2 meses. La frecuencia defecatoria fue de 2,7 (i: 1-6) veces por día (comparado con 1,8 veces por semana en el preoperatorio). Tres de 11 pacientes presentaron dolor abdominal postoperatorio a largo plazo (comparado con 6 de 11 pacientes en el preoperatorio). No existió incontinencia fecal postoperatoria. Sin embargo, 3 pacientes utilizaban en forma ocasional fármacos antidiarreicos. No hubo complicaciones postoperatorias mayores. Complicaciones menores: 2 pacientes presentaron un íleo prolongado que cedió con tratamiento médico. En el seguimiento a largo plazo se pesquió dos pacientes con obstrucción intestinal (a los 6 y 10 meses del postoperatorio) que requirieron reintervención para adherenciólisis. El 100% de los pacientes se encuentra satisfecho con el procedimiento con un promedio de 9,2 de satisfacción en una escala de 1-10, (siendo 10 completamente satisfecho y uno no satisfecho).

### **DISCUSIÓN**

El diagnóstico y manejo de pacientes con constipación crónica en su gran mayoría es simple

y cede con tratamiento a base de dieta y laxantes. El pequeño porcentaje de pacientes que no responde a este manejo simple, incluso con apoyo de nutricionista, serán candidatos a un estudio más acucioso. Este estudio deberá incluir necesariamente un tiempo de tránsito colónico que es indispensable para el diagnóstico de IC como sucedió en el 100% de nuestros pacientes. Sin este estudio que muestra la falta de avance adecuado de los marcadores a través del colon, no es posible realizar un diagnóstico preciso. Incluso hay autores<sup>3</sup> que han demostrado que los mejores resultados se obtienen con 2 estudios independientes de tránsito colónico; en el 31% de sus casos no se confirmó el diagnóstico al realizar el segundo estudio, por lo cual los resultados quirúrgicos claramente serían peores. Además, en todo estudio es necesario descartar patología del piso pélvico como contracción paradójica del puborrectalis y otras patologías que producen constipación no por tránsito lento, sino por obstrucción del tracto de salida. Por lo anterior, es indispensable realizar estudios asociados al tiempo de tránsito colónico que demuestren estas patologías como la manometría anorrectal, defecografía y/o electromiografía anorrectal. En nuestro trabajo a 9 pacientes se les realizó manometría anorrectal que fueron informados como normales, y a 2 defecografía que igualmente fueron informados como normales. Es muy probable que el mejor examen costo beneficio para orientar hacia patología del piso pélvico sea la manometría anorrectal con test de expulsión del balón;<sup>4,5</sup> si éste es completamente normal y el estudio de tránsito colónico no muestra que hay acúmulo de marcadores en el recto a los 5 días, es muy improbable la existencia de obstrucción de salida y sería innecesario completar el estudio del piso pélvico. Sin embargo, si este estudio está alterado se hace indispensable complementar con otros exámenes ya mencionados, como defecografía y/o electromiografía anorrectal. Si existe patología del piso pélvico asociado a IC es prudente tratar primero la patología del piso pélvico y luego reevaluar la posibilidad de cirugía de la IC.<sup>4</sup>

Con respecto a la sintomatología preoperatoria se debe tener mucho cuidado con respecto a las expectativas de la cirugía, ya que lo que se busca es tratar el síntoma de constipación que en general mejora con la colectomía total; sin embargo, generalmente los otros síntomas digestivos funcionales, habitualmente, permanecen. Se puede evidenciar en nuestros resultados que se logra una franca mejoría en el número de evacuaciones diarias (1,8 veces por semana preoperatorio vs 2,6 veces por día en el postoperatorio). Los otros síntomas que

con frecuencia manifiestan estos pacientes incluye dolor abdominal, distensión abdominal o síntomas de colopatía funcional que tienen un resultado más incierto; de hecho en nuestra serie, 3 de los 6 pacientes a pesar de su mejoría clara con respecto a la frecuencia defecatoria tuvieron persistencia de dolor abdominal postquirúrgico.

La elección de realizar colectomía total con anastomosis ileorrectal vs cecorrecto anastomosis con conservación de la válvula ileocecal es discutible; sin embargo, existen algunos reportes que favorecen la anastomosis ileorrectal debido a la potencial distensión del muñón cecal al dejar el ciego<sup>6-8</sup> con la posterior reaparición de los síntomas. Las complicaciones presentadas en el seguimiento, obstrucción intestinal en 2 pacientes que requirieron cirugía para realizar adherenciólisis, está de acuerdo a publicaciones internacionales.<sup>9-11</sup> En el futuro las complicaciones de íleo mecánico postoperatorio eventualmente puedan reducirse optando por el acceso laparoscópico.<sup>12</sup>

En resumen, el diagnóstico de IC y sus resultados quirúrgicos depende en gran parte de la realización de un correcto diagnóstico. Este a su vez, será la expresión de los resultados de los distintos estudios a los cuales fue sometido el paciente para poder proponer la cirugía sólo a aquellos pacientes que se beneficiarán. Actualmente el estudio es cada vez más exigente incluyendo dos estudios de tránsito colónico para certificar el diagnóstico;<sup>3</sup> en el último tiempo, se ha agregado estudios de intestino delgado para descartar pseudoobstrucción crónica idiopática en adultos,<sup>13</sup> así como una evaluación psiquiátrica<sup>14-17</sup> para asegurar que la patología es genuinamente de origen colónico. Por todo lo anterior, el porcentaje de pacientes constipados crónicos que lleguen a la cirugía por IC son muy reducidos; si se considera el gran número de pacientes que consultan por esta patología, el cirujano colorrectal se verá, sin lugar a dudas, cada vez más en la disyuntiva de qué hacer con estos pacientes.

### BIBLIOGRAFÍA

- Whitehead W, Chaussade S, Corazziari E, Kumar D: Report of an international workshop on management of constipation. *Int Gastroenterol* 1991; 4: 99-113.
- Shouten W, De Graaf I: Severe, long standing constipation in adults: indication for surgical treatment. *Neth J Surg* 1991; 43: 222-9.
- Nam YS, Pikarsky AJ, Wexner SD *et al*: Reproducibility of colonic transit study in patients with chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 86-92.
- Rantis PC, Jr, Vernava AM, Daniel GL, Longo WE: Chronic constipation is the work-up worth the cost? *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 280-6.
- Fleshman JW, Dreznik Z, Cohen E, Fry RD, Kodner IJ: Balloon expulsion test facilitates diagnosis of pelvic floor outlet obstruction due to nonrelaxing puborectalis muscle. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 1019-25.
- Todd IP: Constipation: results of surgical treatment. *Br J Surg* 1985; 72 Suppl S12-3.
- Fasth S, Hedlund H, Svaninger G, Oresland T, Hulten L: Functional results after subtotal colectomy and caecorectal anastomosis. *Acta Chir Scand* 1983; 149: 623-7.
- Preston D, Hawley P, Lennard-Jones J, Todd I: Results of colectomy for severe idiopathic constipation in women. *Br J Surg* 1984; 82: 898-901.
- Piccirillo MF, Reissman P, Wexner SD: Colectomy as treatment for constipation in selected patients. *Br J Surg* 1995; 82: 898-901.
- Kamm MA, Hawley PR, Lennard-Jones JE: Outcome of colectomy for severe idiopathic constipation. *Gut* 1988; 29: 969-73.
- Belliveau P, Goldberg SM, Rothenberger DA, Nivatvongs S: Idiopathic acquired megacolon: the value of subtotal colectomy. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 118-21.
- Chen HH, Wexner SD, Iroatulam AJ, Pikarsky AJ, Alabaz O, Nogueras JJ *et al*: Laparoscopic colectomy compares favorably with colectomy by laparotomy for reduction of postoperative ileus. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 61-5.
- Cucchiara S, Borrelli O, Salvia G *et al*: A normal gastrointestinal motility excludes chronic intestinal pseudoobstruction in children. *Dig Dis Sci* 2000; 45: 258-64.
- Merkel IS, Locher J, Burgio K, Towers A, Wald A: Physiologic and psychologic characteristics of an elderly population with chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1854-9.
- Bergeron CM, Monto GL: Personality patterns seen in irritable bowel syndrome patients. *Am J Gastroenterol* 1985; 80: 448-51.
- Whitehead WE, Crowell MD: Psychologic considerations in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20: 249-67.
- Devroede G, Girard G, Bouchoucha M *et al*: Idiopathic constipation by colonic dysfunction. Relationship with personality and anxiety. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 1428-33.