



DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA Y SÍNDROME DEL PERINÉ DESCENDENTE.

Ismael Mora Guzmán

Francisco Javier Cortina Oliva

Carlos Moreno Sanz.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General La Mancha moraguzman.dr@gmail.com, fjcortina@sescam.jccm.es, cmsurgery@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años remitida a consulta externa de Coloproctología (noviembre 2018) desde otro hospital. Entre los antecedentes personales destaca estreñimiento crónico, hemorroidectomía según técnica de Milligan-Morgan (enero 2018), hemorroidopexia según técnica de Longo (julio 2018). Sin antecedentes ginecológicos.

Refiere estreñimiento crónico, dificultad evacuatoria con sensación de taponamiento y de evacuación incompleta, que se acompaña de grandes esfuerzos o maniobras para defecar.

A la inspección, ano aparentemente normal, no hemorroides externas, orificios fistulosos ni papilas visibles. Al tacto, esfínter algo hipotónico, se palpa redundancia mucosa y grapado en cara anterior del canal anal, sin estenosis ni masas palpables. Llamativo descenso global de periné con el esfuerzo defecatorio, prolapso rectal incipiente sin llegar al prolapso completo (Figura 1). Exploración ginecológica: genitales externos y cérvix sin alteraciones, descenso en Valsalva de vejiga compatible con cistocele sin clínica miccional, descenso de útero en Valsalva, pequeño rectocele al tacto vagino-rectal.



Fig. 1. Exploración física (en reposo, imagen izquierda; con maniobra defecatoria, imagen derecha).

Se completa la exploración con una ecografía transvaginal sin hallazgos patológicos y una ecografía endoanal que presenta esfínteres anales interno y externo íntegros y sin alteraciones. Se realiza una manometría anorrectal que describe presión basal y de contracción voluntaria aparentemente bajas y una resonancia magnética pélvica dinámica (Figura 2) que en las secuencias basales muestra una disposición anormalmente baja del esfínter anal, quedando unos 35mm por debajo de la línea pubococcígea, indicando descenso de la misma y mostrando cierta apertura o incontinencia ya en reposo. Canal anal de 15mm de longitud cuando debería medir al menos el doble. El ángulo anorrectal (ARA) es de 107 grados, dentro del límite alto de la normalidad o ligeramente vertical. Músculo puborrectal de características morfológicas normales, simétrico, en fase de contención se observa una funcionalidad puborrectal normal, no datos de contracción paradójica. Durante la fase de Valsalva se objetiva un prolapso del recto, así como de vejiga y aparato genital interno, indicando incontinencia del suelo pélvico. El prolapso de suelo pélvico se acentúa considerablemente con la defecación. Diagnóstico: defecación obstructiva probablemente secundaria a prolapso interno/descenso de suelo pélvico.

Se realiza así mismo una colonoscopia que no presentaba alteraciones.

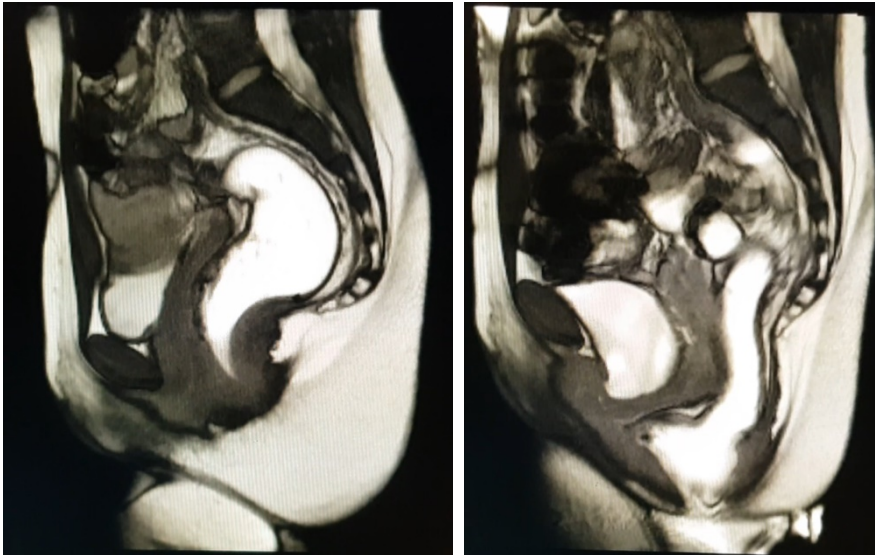


Fig. 2. Resonancia magnética pélvica dinámica (en reposo, imagen izquierda; con maniobra defecatoria, imagen derecha).

Con el diagnóstico de defecación obstructiva con causa mecánica (síndrome de periné descendente-SPD) con refractariedad a manejo conservador se propone tratamiento quirúrgico. Se realiza una perineorectopromontopexia laparoscópica (Figura 3).

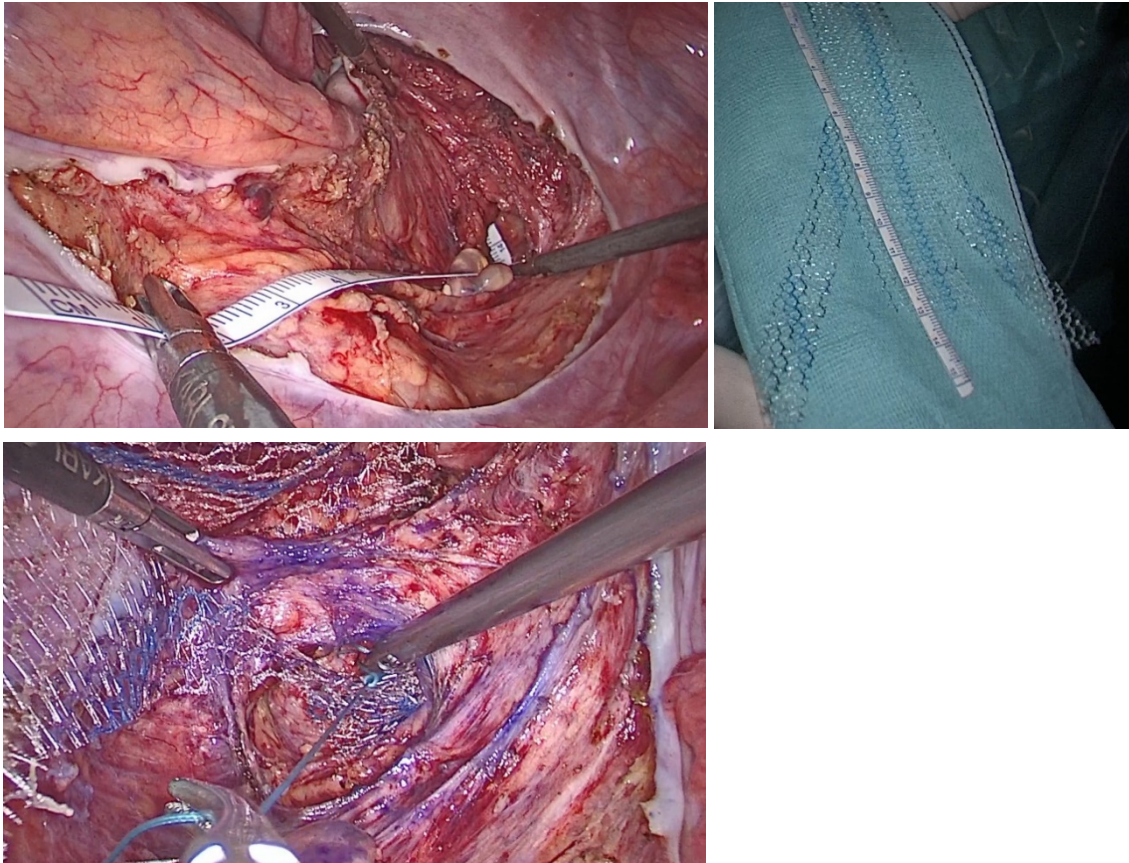


Fig. 3. Intervención quirúrgica de perineorectopromontopexia (disección de tabique rectovaginal y disección pararrectal bilateral hasta el plano del elevador, imagen izquierda; diseño de la malla de polipropileno macroporosa, imagen derecha; fijación de malla y cierre del fondo de saco de Douglas, imagen inferior).

Curso postoperatorio sin incidencias. A los 12 meses la paciente presenta mejoría parcial del estreñimiento, con resolución de la clínica de defecación obstructiva y leve descenso de periné. Se realiza una resonancia magnética pélvica dinámica presentando anatomía en reposo normal. En Valsalva, respecto a RM preoperatoria, importante disminución del prolapso de recto, vejiga y aparato genital interno. En la defecación, ligero prolapso de recto y vagina, menos marcado que en estudio preoperatorio y con mejor contención de las estructuras del suelo pélvico.



DISCUSIÓN

El SPD es una causa no tan infrecuente de defecación obstructiva, descrita inicialmente en 1960 por Porter et al., al notar un abultamiento a nivel perineal con maniobra de Valsalva en una mujer con estreñimiento crónico¹. Se caracteriza por un descenso perineal varios centímetros por debajo del reborde óseo de la pelvis con el esfuerzo². El descenso perineal externo va unido a un descenso del plano perineal profundo, involucrando globalmente a todo el suelo pélvico. El esfuerzo excesivo durante la defecación ha sido identificado como el motivo principal del descenso perineal progresivo, produciéndose un descenso del suelo pélvico al completo debido al incremento en la presión intraabdominal, que adquiere forma de embudo debido al estiramiento del puborrectal. Además, se produce un estiramiento excesivo del elevador y poco a poco la disminución de su tono habitual, y como consecuencia la apertura del hiato urogenital. El esfuerzo recurrente contra la obstrucción a la salida altera progresivamente el tono muscular del suelo pélvico en un círculo vicioso, pudiendo acabar en la desaparición total del tono muscular tras años de evolución de daño severo del nervio pudiendo, apareciendo la incontinencia como signo ya tardío del síndrome³.

El SPD implica en la mujer a todos los compartimentos pélvicos con sus estructuras uroginecológicas correspondientes, pudiendo coexistir prolapso de órganos pélvicos con intususcepción o prolapso rectal. Según la evolución del SPD, podrían aparecer diferentes síntomas de defecación obstructiva, incontinencia fecal, sintomatología vaginal o miccional^{3,4}. Algunos factores como la edad, obesidad o partos vaginales previos pueden influir en la progresión de la enfermedad.

Para el correcto diagnóstico, deberá combinarse un examen perineal correcto con las pruebas complementarias adecuadas. A la exploración anorrectal deberá sumarse la de genitales externos y vagina, descartando prolapso de órganos pélvicos. En pacientes con clínica de defecación obstructiva, será importante tener en mente la posibilidad de otras posibles etiologías o de patologías coexistentes para la evaluación y el diagnóstico diferencial: rectocele, sigmoidocele, enterocele, anismo, úlcera rectal solitaria, intususcepción rectal, estenosis, malignidad, etc⁵.



La defecografía se ha considerado la prueba de elección, en la que puede identificarse el descenso perineal, evaluando además el ángulo anorrectal (ARA), que suele estar aumentado. En una fase precoz del SPD, el suelo pélvico se encuentra en posición normal en reposo, y desciende >3cm con Valsalva o la defecación, retornando posteriormente a la posición inicial. En la forma más avanzada, la defecografía en reposo muestra un descenso del suelo pélvico >3cm que aumenta con Valsalva y maniobra defecatoria, y regresa lentamente o no regresa a la situación inicial. La colpocistodefecografía proporciona de forma adicional una visión más completa de los órganos de la pelvis femenina, de forma estática y en movimiento^{3,6}. La resonancia magnética pélvica dinámica se considera una herramienta de gran utilidad en la evaluación del SPD, y algunos autores ya la equiparan o prefieren a la defecografía, ya que combina la obtención de datos anatómicos de alta resolución con la posibilidad de observar los órganos pélvicos en movimiento, y posibles patologías coexistentes⁷.

En la manometría anorrectal se pueden objetivar presiones normales en pacientes con clínica de defecación obstructiva, mientras que en formas avanzadas con neuropatía pudenda y deterioro de la continencia puede objetivarse un descenso en los valores de presión anal⁶.

El manejo óptimo del SPD debería suponer la evaluación multidisciplinar en muchos de los casos, debido a la frecuente implicación de órganos pélvicos adyacentes. Si bien no existe un algoritmo de tratamiento universalmente aceptado, en todos los pacientes deben recomendarse cambios higiénico-dietéticos, pudiendo añadir laxantes. Los ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico y el entrenamiento mediante biofeedback constituyen un tratamiento de primera línea adicional a los cambios higiénico-dietéticos^{3,8}. La extensión del descenso perineal puede ser un factor clave para evaluar la respuesta al tratamiento rehabilitador, siendo más difícil la respuesta en pacientes con un descenso mayor, a partir de 4cm.

En pacientes que no responden al tratamiento conservador, incluyendo tratamiento rehabilitador, o que se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad, debe valorarse el tratamiento quirúrgico para la corrección del suelo pélvico. Se han propuesto diferentes técnicas de levatorplastia, con resultados variables⁶. En los últimos años, se han popularizado los procedimientos que incorporan la colocación de una malla



protésica o bien la resección cólica, consiguiendo un reposicionamiento del recto e indirectamente un ascenso del periné. En relación a ello, la rectopexia ventral laparoscópica (con o sin resección asociada según la presencia de estreñimiento) se ha extendido en nuestro medio, incluyendo algunas modificaciones técnicas, como tratamiento del prolapso rectal completo y también del síndrome de defecación obstructiva. Con esta técnica se ha descrito la obtención de un resultado anatómico óptimo, bajas tasas de recurrencia y complicaciones, y mejoría de los síntomas de estreñimiento e incontinencia⁹. Sin embargo, el nivel de evidencia existente en la actualidad es bajo, y algunos autores han puesto de relieve la posibilidad de complicaciones como las propias relacionadas con la prótesis, secuelas y afectación de la calidad de vida a largo plazo¹⁰. Por último, también se han descrito algunas técnicas menos extendidas como la cirugía resectiva transanal (STARR-TRANSTAR) o la suspensión de los órganos pélvicos prolapsados, según el trastorno asociado³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porter NH. A physiological study of the pelvic floor in rectal prolapse. *Ann R Coll Surg Engl.* 1962;31:379-404.
2. Parks AG, Porter NH, Hardcastle J. The syndrome of the descending perineum. *Proc R Soc Med.* 1966;59(6):477-82.
3. Pucciani F. Descending perineum syndrome: new perspectives. *Tech Coloproctol.* 2015;19(8):443-8.
4. Maglinte DD, Kelvin FM, Fitzgerald K, Hale DS, Benson JT. Association of compartment defects in pelvic floor dysfunction. *AJR Am J Roentgenol.* 1999;172(2):439-44.
5. Chaudhry Z, Tarnay C. Descending perineum syndrome: a review of the presentation, diagnosis, and management. *Int Urogynecol J.* 2016;27(8):1149-56.



6. Pucciani F, Boni D, Perna F, Bassotti G, Bellini M. Descending perineum syndrome: are abdominal hysterectomy and bowel habits linked? *Dis Colon Rectum*. 2005;48(11):2094-9.
7. Comiter CV, Vasavada SP, Barbaric ZL, Gousse AE, Raz S. Grading pelvic prolapse and pelvic floor relaxation using dynamic magnetic resonance imaging. *Urology*. 1999;54(3):454-7.
8. Pucciani F, Reggioli M, Ringressi MN. Obstructed defaecation: what is the role of rehabilitation? *Colorectal Dis*. 2012;14(4):474-9.
9. Cullen J, Rosselli JM, Gurland BH. Ventral rectopexy for rectal prolapse and obstructed defecation. *Clin Colon Rectal Surg*. 2012;25(1):34-6.
10. Lundby L, Laurberg S. Laparoscopic ventral mesh rectopexy for obstructed defaecation syndrome: time for a critical appraisal. *Colorectal Dis*. 2015;17(2):102-3.