



Relación entre el diagnóstico clínico y la ecodefecografía tridimensional en el anorrectocele

Aura Goncalves ¹.

Carlos Sardiñas ².

¹Cirujano general, Coloproctólogo Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas

²Coordinador del Laboratorio de Fisiología Anorectal y Unidad de Coloproctología del HUC carloseduardosardinas@gmail.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 09 de Noviembre del 2017 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Objetivo: Confirmar la congruencia entre los diagnósticos Clínico e Imagenológico a través de la Ecodefecografía en pacientes con Síndrome de Defecación Obstruida (SDO). Métodos: Investigación de nivel descriptivo, cuantitativa, no experimental. La observación fue retrospectiva de carácter transversal. Se incluyeron pacientes de la Unidad de Coloproctología del I. A. Hospital Universitario de Caracas, con diagnóstico de SDO. Se utilizó el Programa Estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), con el cual se tabularon y calcularon los estadísticos descriptivos y relaciones estadísticas entre los elementos observados. Se incluyeron cuarenta y un pacientes (41), de sexo femenino, con diagnóstico de SDO y con el estudio de Ecodefecografía 3D. Resultados: En la esfera del SDO de los pacientes incluidos en el estudio, la patología de mayor frecuencia fue el Anorrectocele, seguido por la

Intususcepción Rectoanal y el Prolapso Mucoso, tanto por examen físico como por Ecodefecografía 3D. Coincidieron 29 casos en el diagnóstico de Anorrectocele, sin diferenciar el grado y 2 en la de Intususcepción Rectoanal. El diagnóstico al Examen Físico en nuestra serie fue congruente en un 99% con los hallazgos en la Ecodefecografía. Conclusión: Se comprobó una correlación positiva estadísticamente significativa entre el diagnóstico clínico y Ecodefecográfico en el Anorrectocele.

PALABRAS CLAVE: Síndrome Defecación Obstruida, Anorrectocele, Ecodefecografía

CORRELATION BETWEEN CLINICAL DIAGNOSIS AND TRIDIMENSIONAL ECHODEFECOGRAPHY IMAGING IN ANORECTOCELE

SUMMARY

Objective: To study the probable correlation between clinical and Echodefecografy diagnosis in Obstructive Daefecation Syndrome (ODS) patients. Method: Descriptive, quantitative and non experimental research. Restrospective and transversal observations. Patients were seen in the Coloproctology Unit from Caracas University Hospital. Data was tabulated and calculated using Statistical Package for Social Sciences (SPSS), obtaining descriptive statistics and statistical relationship between observed elements. The observed group was constituted by 41 ODS female with its respective 3D echodefecografic studio. Results: in the ODS patients included in the study, the most common pathology was Anorectocele, followed by Rectoanal intussusepcion and rectal mucosal prolapse, both by physical examination and 3D Echodefecografy. 29 cases matches in Anorectocele diagnosis, without differentiation on its degree, and 2 matches in anorectal intussusception. The diagnosis through physical examination in this serie was 99% consistent with 3D Echodefecografy findings. Conclusion: A statistically significant correlation was found between clinical and Ecodefecografy Anorectocele diagnosis.

KEY WORDS: ODS, anorrectocele, fecal, loading

RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y LA ECODEFECOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL EN EL ANORECTOCELE

INTRODUCCIÓN

El anorrectocele forma parte de un grupo de patologías que engloban el Síndrome de Defecación Obstruida (SDO), un tipo de Estreñimiento Crónico caracterizado por pujos, dolor, maniobras de digitación en el contexto de heces mayormente duras.⁽¹⁾ Es definido como la protrusión de la pared anterior del recto en dirección a la pared posterior de la vagina.⁽²⁾

Regadas y cols evaluaron el canal anal y la unión anorrectal utilizando la ultrasonografía endorrectal tridimensional. En las imágenes del plano longitudinal medio, constataron que la longitud media del Esfínter Anal Externo (EAE) anterior en las mujeres normales fue significativamente mayor que en las portadoras de anorrectocele, constatándose por tanto que todo el canal anal superior y parte del medio permanecen desprovistos de cualquier protección de músculo estriado y que este defecto anatómico al que denominaron *gap* es

mayor en las pacientes con anorrectocele. Siendo que el canal anal permanece normalmente en contracción tónica por la acción del Esfínter Anal Interno (EAI), constituye la zona donde es ejercida la mayor presión durante el esfuerzo evacuatorio en el sentido de vencer la barrera de presión. De esta forma, la pared anterior del canal anal superior se distiende más que la posterior durante la defecación por la ausencia del EAI y de la contención muscular estriada. (3)

El diagnóstico del Anorrectocele se basa en el examen clínico, incluyendo el interrogatorio, que en el caso de estas pacientes se enfoca predominantemente en los síntomas de evacuación obstruida (pujo, sensación de evacuación incompleta, utilización de maniobras de digitación para lograr la evacuación), el examen físico debe incluir el examen ginecológico y el examen proctológico, donde a través del tacto rectal se establece el diagnóstico cuantificando el defecto y clasificando clínicamente el anorrectocele en grado I (distensión leve), grado II (distensión hasta el introito vaginal), grado III (distensión que sobrepasa el introito vaginal). La anoscopya puede mostrar la presencia de prolusión mucoso circunferencial, intususcepción y es más evidente en el cuadrante anterior.(2)

Entre los exámenes complementarios para el estudio del anorrectocele, están la Electromanometría Anorrectal inicialmente indicada para identificar anismus y evaluar la integridad funcional de los esfínteres anales⁽⁴⁾, la Cinecodefecografía inicialmente descrita por Wallden en 1952⁽⁵⁾, utilizado para la evaluación funcional de los trastornos de la defecación, pues demuestra y cuantifica el anorrectocele y alteraciones asociadas, pero presenta las desventajas de someter a las pacientes a radiación y la imposibilidad de identificación de las estructuras anatómicas involucradas en el proceso evacuatorio; la Ultrasonografía Dinámica inicialmente propuesta por Barthet y cols en el 2000⁽⁶⁾ y posteriormente por Beer-Gabel y cols en el 2002⁽⁷⁾ sugiriendo el transperineal como método alternativo a la cinecodefecografía y la resonancia magnética dinámica, demostró ser eficaz en la identificación y la cuantificación del tamaño del anorrectocele⁽⁸⁾.

Murad - Regadas y cols desarrollaron la técnica de la Ecodefecografía tridimensional, aportando el desarrollo de la ultrasonografía como método diagnóstico dinámico de las alteraciones del piso pélvico, mediante la introducción de gel intrarrectal y evaluación durante el esfuerzo evacuatorio y en reposo, donde se puede apreciar el anorrectocele. También pueden identificarse otras alteraciones anatomofuncionales presentes en el SDO tales como la contracción paradójica del músculo Puborrectal durante el esfuerzo evacuatorio, el prolusión mucoso, la intususcepción Rectoanal, el Enterocele y el colpohisterocele⁽⁹⁾.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó una Investigación de nivel descriptivo, cuantitativa, no experimental. La observación fue retrospectiva de carácter transversal. El grupo de participantes del estudio estuvo constituido por un total de Cuarenta y un (41) pacientes de la Unidad de Coloproctología del I. A. Hospital Universitario de Caracas, con diagnóstico de Síndrome de Defecación Obstruida, todos del sexo femenino, a las que se les indicó el estudio de Ecodefecografía Tridimensional.

RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de los Diagnósticos de SDO al Examen Físico

	Frecuencia	Porcentaje	
		Válido	
Anorrectocele	34	82,9	
Intususcepción Rectoanal	3	7,3	
Prolapso Mucoso	1	2,4	
Enterocèle	1	2,4	
Sigmoidocele	2	4,9	
Total	41	100,0	

Tabla 2. Frecuencia de los Diagnósticos de SDO por Ecodetectografía

	Examen Físico				
	Anorrectocele	Intususcep. Rectoanal	Prolapso Mucoso	Enterocèle	Sigmoidocele
Diagnóstico	Anorrectocele	29	2	3	0
Ecodetectografía	Intususcepción Rectoanal	1	2	0	0
	Prolapso Mucoso	0	1	0	0
	Enterocèle	0	0	1	0
	Sigmoidocele	1	1	0	0

En las Tablas anteriores (1 y 2), se evidencia la distribución de frecuencias de las patologías que componen el SDO. Puede observarse como en ambos casos la patología de mayor frecuencia es el Anorrectocele, seguida, aunque con menor frecuencia, por Intususcepción Rectoanal, y Prolapso Mucoso, si bien en el caso del diagnóstico realizado a través de la Ecodetectografía, el tercer diagnóstico de mayor aparición es el Sigmoidocele.

Tabla 3. Frecuencias Cruzadas entre el primer Diagnóstico al Examen Físico y Diagnóstico Ecodetectográfico

	Frecuencia	Porcentaje	
		Valido	
Anorrectocele	31	75,6	
Intususcepción Rectoanal	6	14,6	
Prolapso Mucoso	4	9,8	
Total	41	100,0	

Se observa en la tabla anterior la distribución de los casos coincidentes y divergentes entre los diagnósticos de mayor relevancia al Examen Físico y los derivados de las Ecodetectografías. Coincidieron 29 casos en la diagnosis del Anorrectocele, sin diferenciar el grado, dos en la de Intususcepción Rectoanal y cero (0) entre Prolapso Mucoso, Enterocèle y Sigmoidocele. Se hallan diferencias en dos casos diagnosticados como Anorrectocele, de los cuales corresponden, de acuerdo a la Ecodetectografía, a una Intususcepción Rectoanal y un Sigmoidocele. Otro tanto ocurre con cuatro (4) casos diagnosticados con Intususcepción Rectoanal, de cuales dos corresponden a Anorrectocele, uno a Prolapso Mucoso y otro a Sigmoidocele.

Tabla 4. Coeficiente de correlación lineal entre Diagnósticos de mayor relevancia al Examen Físico y a la Ecodetectografía (Pearson).

		Examen Físico	Diagnóstico Ecodetectografía
Examen Físico	Pearson Correlación	1	,318*
	Sig. (2-tailed)		,043
	N	41	41
Diagnóstico Ecodetectografía	Pearson Correlación	,318*	1
	Sig. (2-tailed)	,043	
	N	41	41

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Evidenciamos en la tabla anterior los valores inherentes al nivel de correlación y significación estadística. Tenemos un Coeficiente que aunque lejano a $r = 1$, demuestra ser significativo en términos estadísticos, lo cual sugiere una correlación positiva válida, aunque disminuida, ocasionada por el tamaño del grupo en estudio. Estudios en los que se incluya un grupo más numeroso de pacientes, podrían ofrecer certeza sobre este elemento; el diagnóstico al Examen Físico es congruente en un 99% con los hallazgos en la Ecodetectografía.

DISCUSIÓN

Tal como se señaló, el número de casos total observado fue de 41 pacientes de la Unidad de

Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas. La patología de mayor aparición dentro del grupo de SDO fue el Anorrectocele. Pudo observarse que existe una relación amplia y significativa entre los diagnósticos establecidos por especialistas en Coloproctología y en formación y los elementos observados y referidos por el operador del estudio Imagenológico; esto implica que el diagnóstico al exámen físico posee alto nivel de certeza por cuanto el estudio imagenológico podría estar funcionando más a efectos confirmatorios y de evaluación de elementos adicionales que como estudio diagnóstico per se.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enríquez Blanco, Héctor. Enfermedades del colon, recto y ano. Coloproctología. Enfoque clínico y quirúrgico Tomo 2. Editorial Amolca. 2013.
2. Regadas, Francisco. Murad Regadas, Sthela. Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico. Atlas de Ultra-Sonografia Anorrectal Bi e Tridimensional. Livraria e editora Revinter Ltda. 2007.
3. F. S. P. Regadas, S. M. Murad-Regadas, S. D. Wexner, L. V. Rodrigues, M. H. L. P. Souza, F. R. Silva, D. M. R. Lima, F. S. P. Regadas Filho. Anorectal three-dimensional endosonography and anal manometry in assessing anterior rectocele in women: a new pathogenesis concept and the basic surgical principle. Colorectal Disease 2007 9; (1): 80-85
4. Jones P.N., Lubowski D. Z., Swash M., M. M. Henry M. M. Is paradoxical contraction of puborectalis muscle of functional importance? Dis Colon Rectum 1987 30; (9): 667-670
5. Wallden L. Defecation block in cases of deep rectogenital pouch; a surgical roentgenological and embryological study with special reference to morphological conditions. Acta Chirurgica Scandinavica. Supplementum 1952 165:1-122.
6. Barthet M., Portier F., Heyreis L. et al. Dynamic Anal Endosonography May Challenge Defecography for Assessing Dynamic Anorectal Disorders: Results of a Prospective Pilot Study. Endoscopy 2000 32(4):300-305.
7. Beer-Gabel M., Teshler M., Barzilai N., Lurie Y., Malnick S., Bass D., Zbar A. Dynamic Transperineal Ultrasound in the Diagnosis of Pelvic Floor Disorders. Dis Colon Rectum 2002 45(2): 239-248.
8. Gufler H., Laubenberger J., De Gregorio G., Dohnicht S., Langer M. Pelvic floor descent: Dynamic MR imaging using a half-fourier . sequence. J Magn Reson Imaging 1999 9(3): 378-383.
9. F. S. P. Regadas, S. M. Murad-Regadas, S. D. Wexner, L. V. Rodrigues, M. H. L. P. Souza, F. R. Silva, D. M. R. Lima, F. S. P. Regadas Filho. Anorectal three-dimensional endosonography and anal manometry in assessing anterior rectocele in women: a new pathogenesis concept and the basic surgical principle. Colorectal Disease 2007 9(1): 80-85.

