

# XXXI CURSO CIRUGÍA

SOCIEDAD VALENCIANA  
DE CIRUGÍA

28 y 29 enero de 2016

Valencia



## PESADILLAS DE UN CIRUJANO

**VICENTE PLA MARTI**

UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

# ¿Cuál es la auténtica “Pesadilla” de un cirujano colorrectal?

SINDROME DE DEFECACION  
OBSTRUCTIVA

# DEFECACION OBSTRUCTIVA

## ■ PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO

- ESTREÑIMIENTO DE TRANSITO LENTO
- DEFECACION OBSTRUCTIVA
- COMBINACION DE AMBOS

## ■ SDO SIN ALTERACIONES ANATOMICAS EN EL SUELO PELVICO

- Anismo –Disinergia abdomino-pélvica.
- Hiposensibilidad propiocinética.

## ■ SDO CON ALTERACION ANATOMICA

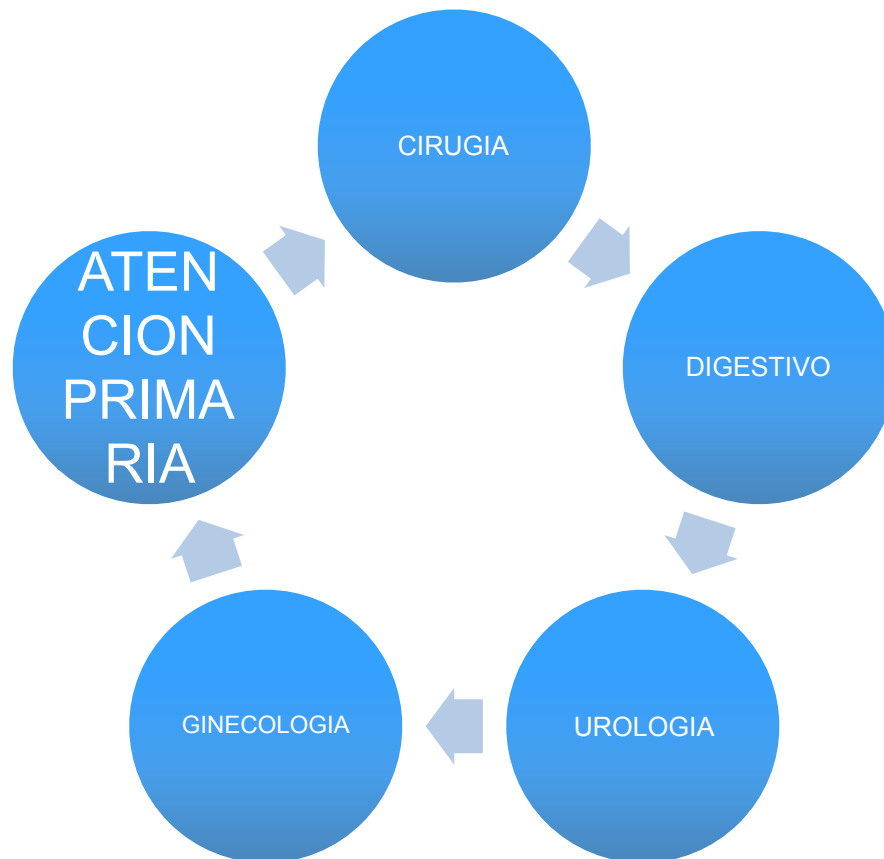
- Rectocele
- Enteroccele
- Intususcepción rectal
- Prolapso mucoso interno
- Ulcera rectal solitaria

# DEFECACION OBSTRUCTIVA

## DIAGNOSTICO

- ANAMNESIS
- EXPLORACION FISICA
- ESTUDIO ANALITICO
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
  - ENDOSCOPIA
  - TIEMPO DE TRANSITO COLONICO
  - TEST DE EXPULSION DEL BALON
  - DEFECOGRAFIA/DEFECO-RMN
  - MANOMETRIA ANORECTAL
  - EMG
  - ECOGRAFÍA ENDOANAL

# DEFECACION OBSTRUCTIVA



COMITE  
MULTIDISCIPLINAR

# CASO CLINICO I

- 63 años con AP:
  - Hipotiroidismo
  - Hemorroidectomía 2007.
  - Histerectomía por prolapso uterino + corrección cistocele 2008
  - En 2010 estudiada por dolor FID irradiado a pierna izquierda.
    - RMN: hernias discales D11-D12 con compresión medular/foraminal.

# CASO CLINICO I

## ■ 2011 **SND DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA**

- “sensación de peso en el ano que no puede expulsar, con esfuerzo logra realizar las deposiciones y cede el dolor”

### ■ **EXPLORACION:**

- Rectocele y enterocele.
- Descenso perineal.

- **COLONOSCOPIA:** ulcera en unión recto-sigmoidea. (AP: Ulcera rectal solitaria)

### ■ **DEFECOGRAFIA:**

- Alteración de la sensación rectal
- Descenso perianal patológico
- Intususcepción rectal que bloquea el ano

# CASO CLINICO I

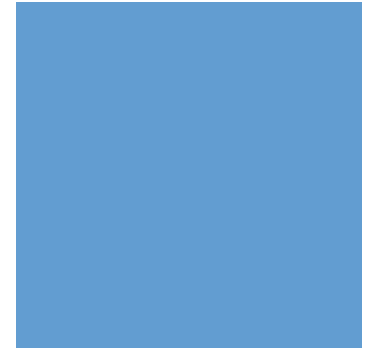
## ■ 2012 RESECCION ANTERIOR

- AP: Fibrosis parietal en área de intususcepción recto-sigmoidea

## ■ 2013 Reaparecen síntomas defecación obstructiva con dolor y necesidad de digitarse para vaciar la ampolla rectal.

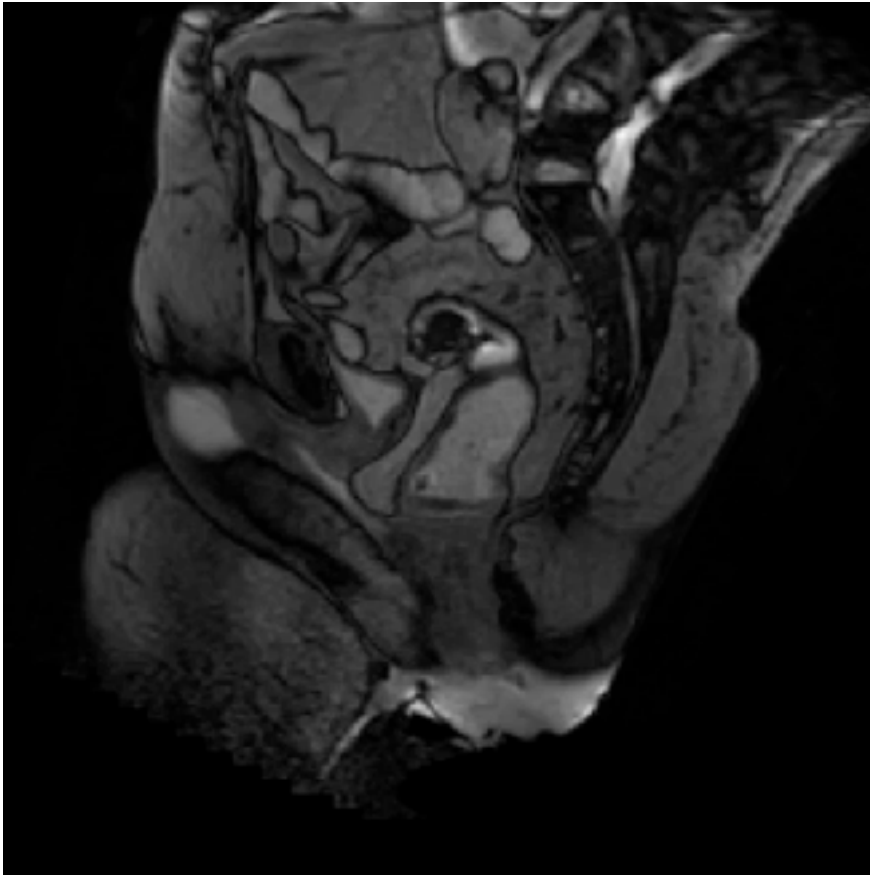
### ■ EXPLORACION:

- Eventración
- Rectocele
- No procidencia rectal
- No descenso de cúpula vaginal
- Rectoscopia ( 8cm): úlceras.





# CASO CLINICO I



**PROLAPSO DE ÓRGANOS**

**COMPARTIMIENTO ANTERIOR**

	Maldón	SI	NO	Sev. al cm	Mediada (1-10 cm)	Severa al cm
<b>CECUM</b>	Repos		<input type="radio"/>			
al de operación			<input type="radio"/>			
Varicela			<input type="radio"/>			
Defecación	1.4			<input checked="" type="radio"/>		

**COMPARTIMIENTO MEDIO**

	Repos	SI	NO	Sev. al cm	Mediada (1-10 cm)	Severa al cm
<b>ÚTERO VAGINA</b>	Repos		<input type="radio"/>			
al de operación			<input type="radio"/>			
Varicela			<input type="radio"/>			
Defecación			<input type="radio"/>			

**INTESFINO**

	Maldón	SI	NO	Sev. al cm	Mediada (1-10 cm)	Severa al cm
<b>RECTO</b>	Repos	2.3		<input checked="" type="radio"/>		
al de operación		2.7		<input checked="" type="radio"/>		
Varicela		4.9			<input checked="" type="radio"/>	
Defecación		5.5				<input checked="" type="radio"/>

**COMPARTIMIENTO POSTERIOR**

	SI	NO	Sev. al cm	Mediada (1-10 cm)	Severa al cm
<b>RECTO</b>	Anterior	2.8			<input checked="" type="radio"/>
Posterior		<input type="radio"/>			
Distal		<input type="radio"/>			

	SI	NO	Problema	Medio	Severa	Problema total
<b>IRRADIACIÓN</b>	Muscos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parálisis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**DEFECACIÓN**

**EVALUACIÓN**

Completa     Incompleta     Sin un intento     Sin ganas de ir

**OBSERVACIONES**

**EXIGENCIA**  NO  SI    **INFLAM INFLAM**  NO  SI     Repos  Varicela  Hipermovilidad antral

# CASO CLINICO I

## ■ 2014 RECTOPEXIA VENTRAL CONMALLA BIOLOGICA + EVENTROPLASTIA

### ■ SITUACION ACTUAL

- Requiere digitarse para evacuar
- Dolor en región sacro-iliaca
- Dificultad miccional
- Prurito vaginal....
- En seguimiento en consultas externas de: Cirugía, Urología, Motilidad Digestiva y Ginecología.

# CASO CLINICO II

- Paciente de 74 años con AP:
  - Histerectomía + DA en 1977.
  - Cólicos nefríticos + ITU de repetición.
  - Colitis Inespecífica controlada por Digestivo.
  - Snd. Ansioso-depresivo.
- 2006 **DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA**
  - Dificultad de vaciamiento con pesadez pélvica y dolor retro-púbico.
  - **EXPLORACION:** Cistocele + rectocele
  - **TTC** normal
  - **Videodefecografía:** rectocele patológico



# CASO CLINICO II

- Urología – Ginocología: PLASTIA ANTERIOR Y POSTERIOR VÍA VAGINAL.
- 2007 – 2009 Estreñimiento + Defecación obstructiva
  - Requiere laxantes + enemas.
  - Múltiples consultas Motilidad Digestiva
  - Sensación constante de peso/ocupación en pelvis con esfuerzo defecatorio sintiendo un “bloqueo” que no le permite finalizar la deposición.
  - Empeora Snd. Depresivo.
  - **DEFECOGRAFIA:** rectoceles patológicos con vaciamiento incompleto + intususcepción.
- 2010 Resección transanal con Contour- Transtar ®.

# CASO CLINICO II

- 2010 -2012 ASINTOMATICA.
- 2013 Empeoramiento Estreñimiento crónico sin respuesta a tratamiento.



- 2014 COLECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA

- SITUACION ACTUAL:

- “Desde algún tiempo tengo que hacer esfuerzos para evacuar, con dolor y sensación de defecación incompleta. Necesito apoyar el periné para defecar....”

# CASO CLINICO III

- 58 años con AP:
  - Fibromialgia Reumática.
  - Gammapatia monoclonal
  - Artrosis/osteoporosis
  - Hernias discales lumbares/cervicales (RMN: radiculopatía cervical severa)
  - Histerectomía
  - ELI 2010
  - Incontinencia urinaria intervenida (malla)

# CASO CLINICO III

- 2011 **DEFECACION OBSTRUCTIVA**
  - Dolor y sensación de peso perineal
  - Defecación incompleta
  - Mejora al comprimir el suelo pélvico.
  
- **EXPLORACION:** normal
- **Manometría:** normal salvo asimetría presiva
- **Test de expulsión de balón:** normal
- **Colonoscopia:** divertículos
- **Defecografía:**
  - Enterocele patológico
  - Vaciamiento rectal normal



# CASO CLINICO III

- 2012 SIGMOIDECTOMIA + MOSCOVITZ LAPAROSCOPICOS
- 2013- 2016 DOLOR
  - Perineal que empeora con la defecación
  - Abdominal que aumenta con la ingesta
  - Neuropatía pudenda (infiltraciones)
  - Unidad del dolor: múltiples tratamientos sin resultados. Dolor raquídeo generalizado.
- 2016 NEUROCIRUGIA
  - RMN: hernia discal y osteofitosis C4-C5 y C5-C6.
  - Le han propuesto IQ



# COMENTARIOS

- DIAGNOSTICO ADECUADO → VISION GLOBAL
  - Identificar la fisiopatología subyacente

COMITE  
MULTIDISCIPLINAR

- AGOTAR LAS POSIBILIDADES DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR

# COMENTARIOS

- CORRECCION ANATOMICA ≠ CORRECCION FUNCIONAL
- NO CREAR FALSAS ESPECTATIVAS A LAS PACIENTES
  - Riesgo de añadir nueva sintomatología o de complicaciones
- PRECAUCION CON LAS “INTERVENCIONES DE MODA”