

## ANALES MEDICOS

Volumen **10**  
Volume

Número **3**  
Number

Septiembre-Diciembre **2004**  
September-December

*Artículo:*

### Tratamiento quirúrgico del estreñimiento

Derechos reservados, Copyright © 2004:

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[www.Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)



# Tratamiento quirúrgico del estreñimiento

Jalife-Montaña A,\*\*\*\*  
Pulido-Muñoz M,\*\* Mora-  
les-Díaz A,\*\*\* Ramírez-  
Tapia D,\* Ortega León L,\*  
Vargas-Domínguez A\*

\* Hospital General de México, Servicio de Cirugía General, O.D.

\*\* Servicio de Coloproctología, Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza" IMSS.

\*\*\* Unidad de Coloproctología, Hospital Ángeles Mocel, México, D.F.

Domicilio para correspondencia:

Jalife-Montaña A

"Clínica Anáhuac" Anáhuac No. 61

Col. Roma Sur. C.P. 06760 México, D.F.

Tel. 55-74-23-24

E-mail: abeljal@mexis.com

## Resumen

La constipación es un síntoma que está usualmente presente como una manifestación de enfermedades asociadas, ésta es la causa del 4-28% de la consulta médica por enfermedad gastrointestinal de los Estados Unidos. El diagnóstico enfocado de constipación es agresivo y extenso en orden de excluir cualquiera de las patologías señaladas estructural o alteración funcional de colon o piso pélvico. Una vez excluida cualquier alteración, la constipación es considerada como idiopatía y la posibilidad de tratamiento quirúrgico para resolverla, es también a considerarse. El presente estudio muestra la experiencia en el tratamiento quirúrgico para la constipación en el Servicio de Proctología del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Veintinueve pacientes (5 masculinos, 24 femeninos) fueron tratados quirúrgicamente por severa constipación crónica y tránsito alterado del colon, fue confirmado en todos los casos. Treinta y ocho procedimientos fueron realizados entre ellos, 20 biopsias rectales totales; 7 casos de hemicolectomía izquierda, 11 casos de colectomía subtotal con ileo-proctostomía, este último procedimiento resolvió la constipación en todos los casos (100%), hemicolectomía en 2 (28.5%) y en las biopsias rectales totales 3 (15%), un exhaustivo estudio de la constipación es sugerido con el fin de optimizar la selección de los candidatos para el tratamiento quirúrgico.

**Palabras clave:** Constipación, tránsito de colon, colectomía subtotal.

## Abstract

Constipation is a symptom that is usually present as a manifestation of associated diseases, it is the cause of 4-28% of medical consultation for gastroenterological diseases in the United States. The diagnostic approach of constipation is aggressive and extensive in order to exclude any underlying pathology, structural or functional alteration of colon or pelvic floor. Once excluded any alteration, constipation is considered as idiopathic and the possibility of surgical treatment to solve it is also considered. The present study shows the experience and outcome of surgical treatment for constipation in the Coloproctology Service at the Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Twenty nine patients (5 male, 24 female) were surgically treated, severe chronic constipation and altered colonic transit was confirmed in all cases. Thirty eight procedures were performed among them: 20 full-thickness rectal biopsy, left-sided hemicolectomy in seven cases and subtotal colectomy with ileo-proctostomy in 11 patients. This last procedure solved constipation in all cases (100%), left-sided hemicolectomy in 2 (28.5%) and full-thickness rectal biopsy in 3 cases (15%). An exhaustive study of constipation is suggested in order to optimize the selection of candidates for surgical treatment.

**Key words:** Constipation, colonic transit, subtotal colectomy.

## ANTECEDENTES

El estreñimiento, si bien, no es un problema de salud pública, es una de las manifestaciones gastrointestinales más frecuentes, principalmente como acompañante o manifestación de patologías sistémicas como la diabetes mellitus, el hipotiroidismo, el síndrome de intestino irritable y de todos los padecimientos que interfieran con la motilidad intestinal directa o indirectamente. Se ha estimado en varios centros de atención

especializada en el mundo que el estreñimiento tiene una incidencia de hasta el 40% en la consulta gastroenterológica como motivo de consulta y sólo un 3% se clasifica como idiopático. Una de las causas por las que exista tanta variabilidad en su incidencia es la dificultad para definir lo que es el estreñimiento.

Se ha definido al estreñimiento de muy diversas formas, entre las que se tienen: como dificultad para evacuar, dolor al evacuar, el realizar valsalva excesiva para tener una evacuación y el tener evacuaciones en una

frecuencia mayor a cada 72 h. Dado que el hábito intestinal tiene una variabilidad que se considera normal desde tres veces en un día hasta una cada tercer día, la definición utilizada para considerar a una persona como estreñida y teniendo en cuenta las características de las definiciones previas, en el presente estudio se tiene concordancia con la definición dada por Corman y cols:<sup>1</sup> "Tener una evacuación en un periodo mayor de 72 h en frecuencia, que requiere de valsalva más del 25% del tiempo necesario para la evacuación y teniendo una dieta con 14 g de fibra diarios como mínimo".

El tratamiento del estreñimiento está directamente encaminado a aumentar la frecuencia de los movimientos intestinales, a disminuir la consistencia de las heces, a evitar el dolor y tener una evacuación completa y satisfactoria. Para esto existe la terapéutica médica y la quirúrgica.

El tratamiento médico, se basa en la corrección de la posible causa metabólica que desencadena el síntoma y para esto además se apoya en el uso de los llamados laxantes, que son de cuatro a saber:

- a) formadores de bolo
- b) laxantes de contacto
- c) aceites minerales
- d) estimulantes de la motilidad

En cuanto al tratamiento quirúrgico, se consideró necesario siempre y cuando hubiera falla con los tratamientos médicos y, cuando se descartara alguna patología sistémica como causa del mismo. Históricamente el tratamiento quirúrgico del estreñimiento se inicia en 1908 con las intervenciones realizadas por Sir Arbuthnot Lane.<sup>2</sup> Entre las diversas cirugías que realizó, se incluyeron colectomía con anastomosis ileo-sigmoides en 3 pacientes, colectomía con ileo-proctoanastomosis en 10 pacientes, bypass colónico con ileo-proctoanastomosis en otros 10 pacientes y bypass con anastomosis ileosigmoidea en otros 3 pacientes. Dado a que tuvo 21% de mortalidad en los primeros 30 días y que era el tratamiento de un padecimiento "benigno", la realización de la colectomía se puso en controversia y se fue abandonando paulatinamente. Las indicaciones que tuvo Sir Arbuthnot Lane hace casi 90 años para la realización de una cirugía tan radical y agresiva incluyeron además del mismo estreñimiento, dilatación gástrica, ulceraciones pépticas, movilidad renal y cambios degenerativos de las mamas y que fueron atribuidas al estreñimiento crónico.

Desde 1991, se definió al estreñimiento en un taller internacional<sup>3</sup> como la presencia de menos de dos movimientos por semana en un periodo de por lo me-

nos 12 meses, acompañado de dos o más de las molestias siguientes:

- *Esfuerzo* por lo menos el 25% de los movimientos intestinales cuando no se toman laxantes.
- *Sensación de evacuación incompleta* en por lo menos 25% de los movimientos intestinales sin tomar laxantes.
- *Heces duras o en escíbalos* en el 25% de los movimientos intestinales sin tomar laxantes.
- *Heces poco frecuentes*. Menos de tres veces por semana sin tomar laxantes.

La prevalencia tiene una variación del 2 al 34% de acuerdo con la definición utilizada, con lo que se puede entender también la dificultad de esta patología que se ha caracterizado desde un síntoma hasta un síndrome.

La decisión de una intervención quirúrgica para tratar el estreñimiento se basa en la severidad de los síntomas y en qué tan discapacitante es para el paciente, además de la falta de respuesta con el tratamiento médico.

Para decidir el tipo de cirugía se han utilizado varios estudios, entre los que se destaca el tránsito colónico con marcadores,<sup>3</sup> y constituye la base en muchos estudios publicados para este fin.<sup>4-6</sup> Este estudio consiste en la ingestión de 20 marcadores radioopacos que en total tienen un peso menor a un gramo y se toman radiografías simples con el paciente en posición de pie, los días 1, 3, 5 y 7 posteriores a la ingesta con el fin de localizarlos y conocer su distribución en el colon. Normalmente para el 5º día no debe de haber ningún marcador ya que es el tiempo de duración de las heces en el colon y el estudio se considera positivo si persiste por lo menos el 20% de los marcadores. Dependiendo de la distribución de los mismos, se verá si hay inercia colónica, esto es, la distribución de los marcadores en todo el colon; obstrucción a la salida, cuando se encuentran en el recto o alteración de algún segmento colónico encontrando en ese sitio a los marcadores.

La resección del segmento afectado de acuerdo a la localización de los marcadores deberá resolver entonces la alteración de la motilidad, pero en algunas ocasiones esto no es así, lo que ha motivado el desarrollo de distintos métodos para el estudio y se ha apoyado la resección completa del colon para evitar recidivas además de tratar la inercia colónica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó la experiencia del Servicio de Coloproctología del HECMR del IMSS en el tratamiento quirúr-

gico del estreñimiento en el periodo comprendido de enero 1994 a febrero 1997, teniéndose 29 pacientes (5 hombres y 24 mujeres), cada paciente tuvo historia severa de estreñimiento crónico (más de 5 años) y en todos los casos el tratamiento médico fracasó. Todos los pacientes fueron sometidos al protocolo de estudio consistente en: colon por enema, tránsito colónico con marcadores radioopacos, tránsito intestinal, electromiografía del esfínter anal externo, biopsia de espesor completo de recto y manometría anorrectal. En siete casos se realizó colonoscopia. En todos los casos se excluyó enfermedad metabólica, orgánica o psicológica que pudiera causar directa o indirectamente estreñimiento. El promedio de edad fue de 32.89 años. Los procedimientos realizados fueron 38, divididos en la siguiente forma: 7 hemicolectomías izquierdas, 20 procedimientos de Lynn (biopsia de espesor completo de recto) y finalmente, 11 colectomías subtotales con ileoproctoanastomosis término-terminal. En todos los casos el procedimiento consistió en colectomía estándar, y la anastomosis se realizó en forma manual con un solo plano de sutura con Vicryl 3-0.

A todos los pacientes se les documentó la historia de estreñimiento de la siguiente manera (Cuadro 1): Frecuencia (movimientos intestinales), dificultad (esfuerzo doloroso al evacuar), sensación de evacuación incompleta, dolor abdominal al evacuar, tiempo en minutos para evacuar por cada intento y cuánto de estos intentos son fallidos en un lapso de 24 h el uso de ayuda para lograr una evacuación y la historia (duración) en años. Se realizó seguimiento en todos los casos dentro del periodo de estudio y recolección de datos y fue entre un mes y treinta y siete meses, con un promedio de 13.42 meses ( $\pm$  3 meses).

En todos los casos se tuvo tránsito colónico alterado y el resto de los estudios se obtuvieron dentro de los límites de la normalidad.

## RESULTADOS

Se evaluó la desaparición del estreñimiento posterior a la intervención, el número de evacuaciones en 24 h y la presencia de dolor. Se realizaron medidas de tendencia central en todos los casos y para cada procedimiento. Se consideró a la biopsia de Lynn como procedimiento terapéutico ya que en tres casos sirvió como resolutivo para el estreñimiento.

**Hemicolectomía izquierda.** Se trataron así a 7 pacientes (2 hombres y 5 mujeres), el estreñimiento se resolvió en dos pacientes (28.5%) y cinco continuaron con la sintomatología. Tres pacientes tenían una frecuencia de 2 evacuaciones por semana y 4 de menos

**Cuadro 1**

Cuestionario para pacientes con diagnóstico de estreñimiento

Tópico	Pregunta
Frecuencia	1-2 veces cada 1-2 días 2 veces por semana < 1 por semana < 1 por mes
Dificultad	Siempre Usualmente Algunas veces Nunca
Sensación de evacuación Incompleta	Siempre Usualmente Algunas veces Nunca
Dolor durante la defecación	Siempre Usualmente Algunas veces Nunca
Tiempo (minutos por intento)	Menos de 5 5-10 10-20 20-30 más de 30
Uso de ayuda	Digital o con enema Laxantes o estimulantes Ninguna
Falla (Intentos fallidos en 24 h)	1-3 3-6 6-9 más de 9
Duración en años	0 años 1-5 5-10 10-20 más de 20

de una evacuación a la semana. Los dos pacientes a los que se les resolvió el estreñimiento tuvieron de una a dos evacuaciones diarias, una paciente se sometió posteriormente a colectomía subtotal y los demás siguen con tratamiento médico. No se tuvieron complicaciones inherentes al procedimiento.

**Biopsia de espesor completo de recto.** Se realizaron 20 procedimientos, 2 hombres y 18 mujeres, el estreñimiento se resolvió en 3 casos (15%) y en el restante 85% el procedimiento tuvo fin diagnóstico, analizando las células ganglionares en los plexos mientérico y submucoso. La frecuencia de evacuaciones posterior a la intervención en los pacientes curados fue

de una al día. No se tuvieron complicaciones inherentes al procedimiento.

**Colectomía subtotal.** Se sometieron a este procedimiento 11 pacientes, un hombre y diez mujeres. La frecuencia de evacuaciones antes del procedimiento era de 2 veces por semana en tres pacientes; una vez por semana en 6 pacientes y en un solo caso (el paciente masculino), de una vez al mes. Todos los casos requerían de ayuda ya sea en forma digital o con enema evacuante para lograr evacuación. Sesenta y cinco por ciento de los pacientes tuvieron dolor abdominal moderado a intenso y 15% tuvieron dolor durante la defecación. El estreñimiento fue resuelto en todos los casos (100%), la frecuencia en promedio es de 4 a 6 evacuaciones por 24 h posterior a la intervención, el dolor abdominal persistió en un solo paciente posterior a la intervención (9%). El procedimiento tuvo como complicaciones: dehiscencia de la herida en piel en dos pacientes, la presencia de dolor incapacitante en uno y en otro más se presentó obstrucción intestinal parcial que se resolvió en forma conservadora.

Se consideró exitoso el tratamiento en 9 casos (81%). El procedimiento tuvo morbilidad de 27% y mortalidad de 0%.

## DISCUSIÓN

El estreñimiento es un síntoma que representa la causa o motivo de consulta en muchas patologías gastrointestinales y es manifestación de muchas otras patologías sistémicas, existen para su manejo un sinnúmero de medicamentos, estimulantes de motilidad y laxantes y cuando hay tantas opciones para resolver una patología se puede asegurar que ninguna es la mejor o que no existe una satisfactoria. En algunos casos llega a ser tan severo que se han realizado varios procedimientos quirúrgicos para resolverlo obteniéndose resultados muy variados.<sup>1-6</sup> El tratamiento quirúrgico se inicia a principios de siglo con Sir Arbuthnot Lane y dado a la morbi-mortalidad de la cirugía en ese entonces se abandonó, pero teniendo los avances tecnológicos en el manejo perioperatorio de los pacientes quirúrgicos, se ha tenido nuevamente como una opción, ya que el problema persiste en ocasiones como idiopático después de la realización del protocolo, que incluye estudios morfológicos y fisiológicos del tránsito gastrointestinal y colónico, del piso pélvico y de la inervación de los mismos.<sup>8-10</sup> Dentro de los procedimientos con mejores resultados está la colectomía subtotal con ileoproctoanastomosis término-terminal que lo resuelve de un 70-100% de los casos.

El presente estudio muestra la experiencia en el HECMR en el Servicio de Coloproctología de enero 1994 a febrero 1997 y en este lapso se han realizado tres tipos de procedimientos con el fin de tratar al estreñimiento: la hemicolectomía izquierda, la biopsia de espesor completo de recto y en 11 casos la colectomía subtotal. Esta última representa el tratamiento definitivo y radical de un síntoma al cual no se le encontró causa metabólica, orgánica ni psicológica y fue tan severo que los pacientes accedieron al mismo, dejando a un lado la magnitud de la intervención, aspectos estéticos (en el caso de las mujeres), y que tuvo un resultado curativo en un porcentaje de 100%, que es comparable con otros estudios<sup>3-5</sup> aceptable y de enorme éxito, además con morbilidad baja, todo esto porque se trató a pacientes sin patologías agregadas y jóvenes, pero se debe poner atención a los pacientes a los que se les causa dolor, se tiene el riesgo de obstrucción intestinal, misma que ocurrió en un paciente y que además después de todo el bagaje de estudios no se tiene la causa.

Se sugiere que antes de someter al paciente a una intervención tan grande, sea estudiado intensamente y se descarten todas las posibilidades de patología orgánica o psicológica, para tener éxito con la intervención, además de hacer seguimiento a largo plazo, mismo que en el presente estudio es aún pobre (13.4 meses  $\pm$  3 meses).

## CONCLUSIONES

1. El estreñimiento es un *SÍNTOMA*, que debe ser estudiado exhaustivamente antes de decidir un procedimiento quirúrgico.
2. La colectomía subtotal es el procedimiento quirúrgico más adecuado para resolver el estreñimiento idiopático.
3. La colectomía subtotal es un procedimiento muy agresivo para tratar una patología benigna.
4. Se requieren de más estudios y experiencia en el tratamiento del paciente con estreñimiento idiopático.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Takahashi T, Fitzgerald S, Pemberton J. Evaluation and treatment of constipation. *Rev Gastroenterol Mex* 1994; 59(2): 133-138.
2. Pfeifer J, Agachan F, Wexner S. Surgery for constipation. A review. *Dis Colon & Rectum* 1996; 39(4): 444-460.
3. Lubowski D, Chen F, Kennedy M. Results of colectomy for severe slow transit constipation. *Dis Colon & Rectum* 1996; 39(1): 23-29.
4. Pluta H, Bowes K, Jewell L. Long results of total abdominal colectomy for chronic idiopathic constipation. *Dis Colon & Rectum* 1996; 39(2): 160-166.

5. Pemberton J et al. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. *Ann Surg* 1991; 214(4): 403-411.
6. De Graaf E et al. Role of segmental colonic transit time studies to select patients with slow transit constipation for partial left-sided or subtotal colectomy. *Br J Surg* 1996; 83(2): 648-651.
7. Borowitz S et al. Lack of correlation of anorectal manometry with symptoms of chronic childhood constipation and encopresis. *Dis Colon & Rectum* 1996; 39(4): 400-405.
8. Goyal R, Hirano I. The enteric nervous system. *New Engl J Med* 1996; 334(17): 1106-1115.
9. McLean R et al. Colon transit scintigraphy using oral Indium-111-labeled DTPA. Can pattern predict final diagnosis? *Dig Dis & Sci* 1995; 40(12): 2660-2668.
10. Yin-Hong Ho et al. Clinical and physiologic effects of biofeedback in outlet obstruction constipation. *Dis Colon & Rectum* 1996; 39(5): 520-524.
11. Agachan F, Pfeifer J, Wexner S. Defecography and proctography. *Dis Colon & Rectum* 1996; 39(8): 899-905.
12. Stabile G et al. Partial colectomy and coloanal anastomosis for idiopathic megarectum and megacolon. *Dis Colon & Rectum* 1992; 32(2): 158-162.
13. Agachan F et al. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon & Rectum* 1996; 39(6): 681-685.
14. Badiali D et al. Effect of wheat bran in treatment of chronic non organic constipation. *Dig Dis & Sci* 1995; 40(2): 349-356.
15. Degen L, Phillips S. How well does stool form reflect colonic transit? *Gut* 1996; 39(1): 109-113.
16. McDonnell W, Chung O. Effects of smoking on interdigestive gastrointestinal motility. *Dig Dis & Sci* 1995; 40(12): 2608-2613.
17. Moran B, Jackson A. Function of the human colon. *Br J Surg* 1992; 79(11): 1132-1137.
18. Schoetz D. Postcolectomy syndromes. *World J Surg* 1991; 15(5): 605-608.
19. Sharma S et al. Colorectal manifestations of endocrine disease. *Dis Colon & Rectum* 1995; 38(3): 318-323.
20. Romero Y et al. Constipation and fecal incontinence in the elderly. *Mayo Clin Proc* 1996; 71(1): 81-86.