

SIGMOIDOCELE LUEGO DE HISTERECTOMÍA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN DEFECATORIA Y CONSTIPACIÓN.

POST-HYSTERECTOMY SIGMOIDOCELE AS A CAUSE OF OBSTRUCTED DEFECATION SYNDROME AND CONSTIPATION.

MARCOS HURVITZ, CLAUDIO GÓMEZ, FABIÁN DEMATTEIS.

Servicio de Coloproctología. Hospital Regional Español. Bahía Blanca. Argentina.

Resumen: La constipación puede ser clasificada como de causa colónica con el tránsito lento, de causa obstructiva del tracto de salida o ambas. Dentro de la segunda causa podemos diagnosticar el sigmoideocele generalmente producido luego de histerectomía por causas mecánicas así como la laxitud de los mesos del recto que determinan en última instancia obstrucción defecatoria y constipación. Como objetivo de este trabajo planteamos la asociación de histerectomía y la aparición de sigmoideocele. La primera sería la causa del segundo. Las pacientes operadas por sigmoideocele que previamente fueron histerectomizadas, con más de 5 años desde la cirugía ginecológica hasta el diagnóstico por defecografía. Operamos 17 pacientes con obstrucción defecatoria y defecografía confirmatoria de sigmoideocele. No tuvimos mortalidad en la serie. Como morbilidad postoperatoria solo tuvimos una reinternación por íleo postoperatorio que

resolvió con SNG e hidratación parenteral. De la herida sólo tuvimos un seroma que lo evacuamos por punción. En pacientes histerectomizadas la aparición de sigmoideocele se debería a la falta de un órgano pelviano, que causaría la obstrucción defecatoria y constipación.

Palabras claves: sigmoideocele-histerectomía-obstrucción; defecatoria-constipación

Abstract: Constipation may be of colonic etiology with slow transit, of obstructive etiology of the outlet tract or both. For this latter cause, we can diagnose post-hysterectomy sigmoideocele generally caused by mechanical factors as well as by rectal mesentery laxity that determine constipation and defecation obstruction. The purpose of this study was to determine the association of hysterectomy and sigmoideocele onset. The first would be the cause for the second. Female patients who underwent sigmoideocele surgery had been previously hysterectomized at least 5 years before the defecography diagnosis. 17 patients with obstructed defecation and confirmed sigmoideocele defecography were operated. There was no mortality rate in this study. The morbidity was due to one hospital readmission for post-surgical ileum that was treated with nasogastric tubing and parenteral

Correspondencia:

Dr. Marcos Hurvitz.

E-Mail: marcoshurvitz@fibertel.com.ar

Recibido: 22 de Marzo de 2010

Aceptado: 15 de Abril de 2010

Estos estudios fueron publicados en la Revista de la Asociación de Coloproctología del Sur. Año 2010.

hydration. A clear subcutaneous collection appeared in the injury that was evacuated by puncture. In hysterectomized patients, the onset of sigmoidocele would be a consequence of the gynecologic surgery due to the lack of a pelvic organ. This would cause obstructed defecation and constipation.

Key words: sigmoidocele-hysterectomy-obstructed defecation-constipation.

INTRODUCCIÓN

Un sigmoidocele es una redundancia del colon sigmoidees que se extiende caudalmente en el fondo saco de Douglas (1). Algunos autores sostienen que son menos comunes que los enteroceles y se encuentran en un 5% de las defecografías (2,3).

Como no hay unanimidad de las definiciones en el diagnóstico por la defecografía del sigmoidocele, se definen como aquel colon sigmoidees que se extiende más de 4 cm por debajo de la línea pubocoxígea (4). Así el colon redundante puede obstruir el tracto de salida comprimiendo el recto durante la evacuación. Esto se puede visualizar en la defecografía con el contraste retenido en el sigmoidees luego de la defecación (5). La terapéutica adecuada para el síndrome de obstrucción defecatoria (outlet) es siempre un desafío, ya que la etiología y los síntomas del mismo incluyen un amplio rango de problemas. La evaluación diagnóstica estandarizada tendría que diferenciar la defecación obstruida causada por la obstrucción del tracto de salida de la constipación por tránsito lento. Es más, los cambios morfológicos del colon, recto o el piso pelviano tienen que ser separados de los problemas funcionales. Así, la defecografía convencional como la realizada con resonancia magnética, dan información certera del origen de la obstrucción defecatoria como el sigmoidocele o el prolapso rectal, ambas patologías de resolución quirúrgica. De cualquier manera, para ciertos autores, el diagnóstico y el tratamiento del rectocele sintomático y la intususcepción, otras causas de obstrucción defecatoria, son tema de controversia. Con las patologías funcionales, como la disiner-gia rectoanal, se aplican tratamientos no quirúrgicos, como el biofeedback. Entonces podríamos decir que la defecografía nos ayuda a obtener beneficio de la selección precisa de pacientes para tratamiento quirúrgico o conservador y obtener así buenos resultados. Los resultados de ciertos estudios nos muestran que la constipación con obstrucción del tracto de salida puede ser consecuencia de una histerectomía (5-8).

Los estudios fisiológicos han sido diseñados para evaluar los efectos de la histerectomía sobre el tracto gastrointestinal bajo (9-11). Por este motivo nosotros estudiamos los efectos de la histerectomía en aquellas pacientes que desarrollaron o empeoraron su constipación con obstrucción del tracto de salida.

MATERIALES Y METODOS

Analizamos aquellas pacientes con síntomas de obstrucción defecatoria, a las que previamente se les había realizado una histerectomía, como mínimo 5 años antes de la aparición de los síntomas de dificultad defecatoria. Les realizamos una defecografía y aquellas con imágenes claras de sigmoidocele con mecanismo valvular para impedir la defecación durante la realización del estudio, les proponíamos la cirugía y los operábamos con resecciones proctosigmoideas tipo operación Dixon. Todas las pacientes se operaron con cirugía convencional, con protocolo fast track, con una incisión mediana infraumbilical, muchas veces resecando la herida anterior de la histerectomía. Las anastomosis fueron todas con sutura mecánica circular de 29 mm. En algunos casos (n=4) se utilizó técnica de doble stapler cerrando el recto con sutura mecánica lineal curva. El seguimiento postoperatorio fue en promedio de 2 años (6 meses-5 años).

RESULTADOS

La defecografía se realizó con la técnica de introducir contraste semi-sólido en el recto y luego tomar las radiografías en contracción voluntaria del puborrectal, durante la defecación y post-evacuación. Observamos sigmoidoceles posteriores al recto (Figuras 1 y 2), es decir debido probablemente al desplazamiento del recto hacia adelante por la falta del útero sumado a la laxitud ligamentaria. Estos sigmoidoceles posteriores fueron en 8 pacientes. También observamos la asociación con otras patologías que pueden causar obstrucción defecatoria (Figuras 3 y 4). Operamos 17 pacientes con obstrucción defecatoria y defecografía confirmatoria de sigmoidocele. El tiempo promedio desde la histerectomía hasta la aparición de síntomas de dificultad defecatoria fue de 9 años (rango 2- 21 años). No tuvimos mortalidad en la serie. Como morbilidad postoperatoria solo tuvimos una reinternación por fleo postoperatorio que resolvió con SNG e hidratación parenteral. De la herida sólo tuvimos un seroma que lo evacuamos por punción. Todas las pacientes manifestaron buena a excelente mejoría de los síntomas de obstrucción defecatoria luego de la cirugía, muchas de las cuales (79%) vieron mejorada su constipación.



Figura 1. Sigmoidocele posterior.

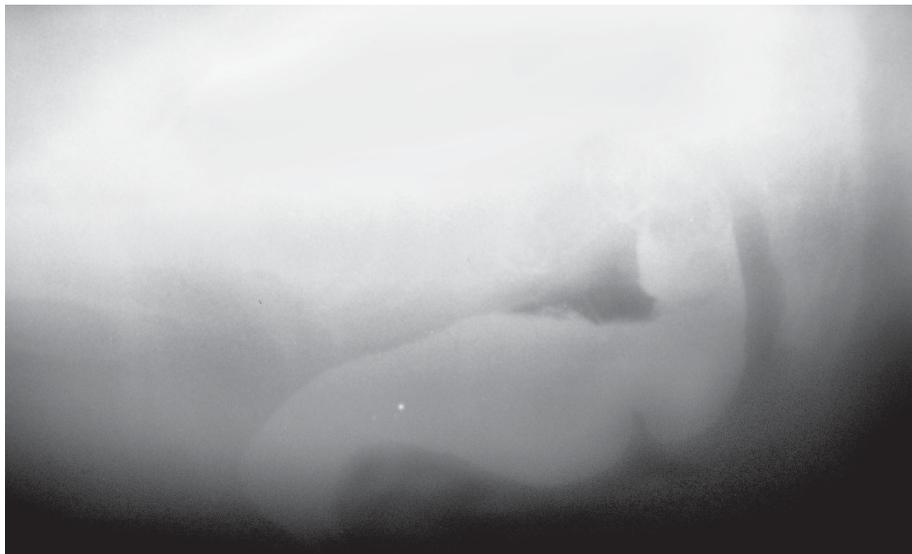


Figura 2. Sigmoidocele posterior.



Figura 3. Sigmoidocele con rectocele asociado.

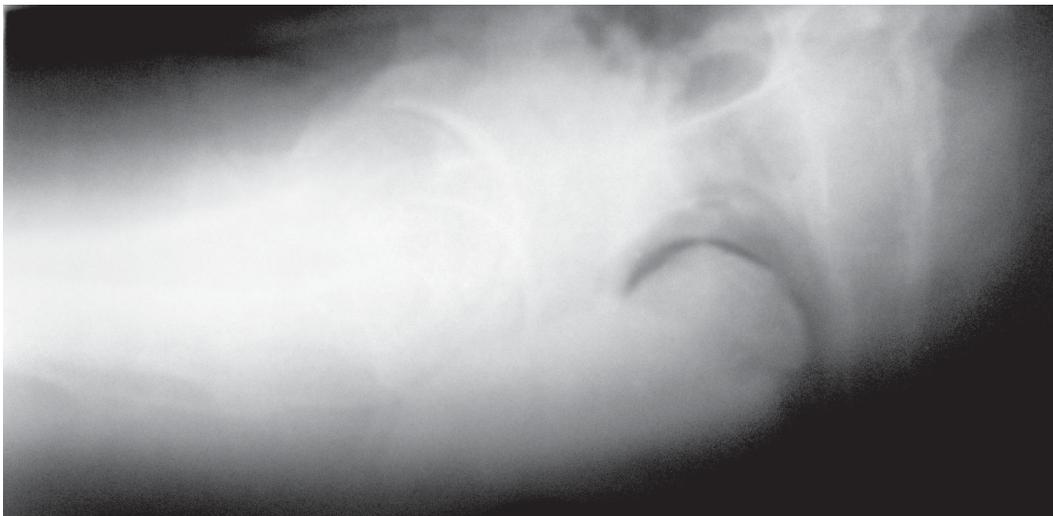


Figura 4. Sigmoidocele con descenso perineal.

DISCUSIÓN

Estudios previos demostraron que los cambios en los hábitos intestinales defecatorios que causan constipación, usualmente se desarrollan luego de una histerectomía. Muchas teorías se han propuesto para explicar esta relación, aunque la causa meramente mecánica está ganando aceptación (9-11).

Estudios de Taylor y col. (1989) sugirieron que la constipación luego de histerectomía podría ser causada por una secreción alterada de hormonas (prolactina y estradiol) en el postoperatorio de la histerectomía o por la tracción con daño neurológico de los nervios pelvianos hasta el realineamiento de los órganos pelvianos, luego de la cirugía resectiva del útero.

Diversos autores han comunicado hallazgos de pacientes histerectomizadas mostrando alteración de los hábitos defecatorios en muchos casos. Estos estudios concluyen que la histerectomía causa alguna forma de constipación por algún mecanismo adicional al puramente mecánico (11,8).

Prior y col. (1992) estudiaron mujeres luego de histerectomía y concluyeron que sólo un mínimo porcentaje de estas pacientes ofrecía alteraciones significativas del tránsito intestinal y constipación luego de la cirugía resectiva de útero. Asimismo, en coincidencia con otros autores, los estudios mostraron que un gran número de pacientes con síndrome de intestino irritable habían mejorado luego de la cirugía (13).

Luego de una revisión detallada de la bibliografía, no podríamos concluir que la histerectomía ocasiona alteración de tipo constipación en las mujeres que han tenido una histerectomía. Como manifiesta Martinelli y col. (2000) son necesarios nuevos estudios prospectivos y randomizados que demuestren una u otra consecuencia de la histerectomía.

Un sigmoidocele es una redundancia del colon sigmoidees que se extiende caudalmente en el fondo saco de Douglas (1). Para algunos autores son menos comunes que los enteroceles y se encuentran en un 5% de las defecografías (2,3).

Como no hay unanimidad de las definiciones en el diagnóstico por la defecografía del sigmoidocele, algunos autores lo definen como aquel colon sigmoidees que se extiende más de 4 cm por debajo de la línea pubocoxígea (4). Así el colon redundante puede obstruir el tracto de salida comprimiendo el recto durante la evacuación. Esto se puede visualizar en la defecografía con el contraste retenido en el sigmoidees luego de la defecación (8). Así también, durante el estudio defecográfico se puede observar la asociación de patologías como el sigmoidocele más enterocele, así como también asociado a un rectocele.

Estas patologías son de resolución quirúrgica, como el

sigmoidocele, que se resuelve con la resección del sigmoidees o con la pexia. También, se puede asociar a un cierre del fondo saco de Douglas para tratar concomitantemente un enterocele.

Es posible que la cirugía ginecológica, sobre todo la histerectomía, tenga el potencial de injuriar a los nervios pelvianos, además de causar una obstrucción mecánica al tracto de salida rectal. Nuestro estudio no tuvo como finalidad analizar todas las cirugías ginecológicas en relación a la constipación, ni tampoco con los síntomas de intestino irritable.

Sólo se presentan resultados de las pacientes histerectomizadas que desarrollaron obstrucción defecatoria luego de la histerectomía. Se muestra que a las pacientes se les realizó una defecografía, objetivando la obstrucción defecatoria por un sigmoidocele.

Podemos concluir que en ciertas pacientes la histerectomía puede causar obstrucción defecatoria por el sólo hecho de generar un sigmoidocele.

CONCLUSIÓN

La histerectomía provocaría sigmoidocele con obstrucción defecatoria y constipación. Es de resolución quirúrgica, con resección colónica y rectal con muy buenos resultados funcionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Jorge JMN, Yang Y-K, Wexner SD. Incidence and clinical significance of sigmoidoceles as determined by a new classification system. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1112-7.
2. Kelvin FM, Hale DS, Maglinte DDT, et al. Female pelvic organ prolapse: diagnostic contribution of dynamic cystoproctography and comparison with physical examination. *AJR Am J Roentgenol* 1999;173:31-7.
3. Fenner DE. Diagnosis and assessment of sigmoidoceles. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1438-42.
4. Kelvin FM, Maglinte DDT, Hale DS, et al. Female pelvic organ prolapse: a comparison of triphasic dynamic MR imaging and triphasic fluoroscopic cystocolpoproctography. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:81-8.
5. Heaton KW, Parker D, Cripps H. Bowel function and irritable bowel symptoms after hysterectomy and cholecystectomy a population based study. *Gut* 1993; 34:1108-11.
6. Prior A, Stanley KM, Smith AR, Read NW. Relation between hysterectomy and the irritable bowel syndrome: a prospective study. *Gut* 1992; 33: 814-7.
7. Taylor T, Smith AN, Fulton PM. Effect of hysterectomy on bowel function. *BMJ* 1989; 299: 300-1.
8. van Dam JH, Gosselink MJ, Drogendijk AC, Hop WC, Schouten

- WR. Changes in bowel function after hysterectomy. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1342-7.
9. Kelly JL, O_Riordain DS, Jones E, Alawi E, O_Riordain MG, Kirwan WO. The effect of hysterectomy on ano-rectal physiology. *Int J Colorectal Dis* 1998; 13: 116-8.
 10. Roe AM, Bartolo DC, Mortensen NJ. Slow transit constipation. Comparison between patients with or without previous hysterectomy. *Dig Dis Sci* 1988; 33: 1159-63.
 11. Vierhout ME, Schreuder HW, Veen HF. Severe slow-transit constipation following radical hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1993; 51: 401-3.
 12. Prior A, Stanley KM, Smith AR, Read NW. Relation between hysterectomy and the irritable bowel syndrome: a prospective study. *Gut* 1992; 33: 814-7.
 13. Altman D, Zetterstrom J, Lopez A, Pollack J, Nordenstam J, Mellgren A. Effect of hysterectomy on bowel function. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 502-8.
 14. Martinelli E, Altomare DF, Rinaldi M, Portincasa P. Constipation after hysterectomy: fact or fiction? *Eur J Surg* 2000; 166: 356-60.