



COMUNICACIONES

Impactación fecal

Fecal impaction

Jorge A. Hequera, José G. Obregón, Juan Cabas Audicio y Loreley Torresan.

Sanatorio Trinidad Dupuytren. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Introducción: La Impactación fecal (I.F.) es la acumulación de materia fecal dura fundamentalmente en el recto, que no puede evacuarse voluntariamente. Es más común en el anciano y en personas debilitadas, inactivas, o que usan drogas por enfermedades psiquiátricas.

Objetivo: Evaluar una serie consecutiva de pacientes con I.F., discutir su etiopatogenia y los resultados del tratamiento.

Pacientes y método: Entre Enero 2006 y Diciembre 2008, de 26862 internaciones en el Sanatorio Trinidad Dupuytren de la Ciudad de Buenos Aires, 87 (0.32%) fueron por I.F. Mujeres 54 (62%), edad promedio 75 (rango 95-32) años. La I.F. fue baja (en el recto ó el rectosigma) en 50 (57.47%) pacientes y alta en 37 (42.53%). El diagnóstico se hizo con: examen semiológico y proctológico con instrumental rígido, Videocolonoscopia (VCC), radiología directa del abdomen, radiología contrastada del colon y tomografía abdominal computada (TC) según el caso.

Resultados: Todos tenían factores condicionantes, más frecuentemente senectud (42.52%), trastornos neurológicos (20.69%), dolico colon (9.19%) y megacolon chagásico (5.74%). Más del 90% se diagnosticaron con tacto rectal y endoscopia rígida. Las altas con VCC y ocasionalmente TC. Todos recibieron tratamiento médico (enemas tipo Murphy, laxantes y dieta), excepto 3 (3.45%) que fueron operados de emergencia por úlceras estercoráceas con peritonitis localizadas (operaciones tipo Hartmann). En 7 (8.3%) pacientes el tratamiento con enemas fue inefectivo, requiriendo extracción manual con anestesia: 4 y cirugía electiva: 3 (2 colostomías transversas y una cecostomía). Hubieron 9 (10.2%) complicaciones en los pacientes no operados (2 neumopatías, 5 flebitis y 2 infecciones urinarias) y 2 en los operados (absceso de pared y eventración). Estadía hospitalaria promedio: 11 (rango 5-45) días.

Conclusión: El tratamiento con enemas por goteo, dieta y laxantes es de alta respuesta en la mayoría. El tratamiento quirúrgico es obviamente de emergencia en la perforación con peritonitis y en la hemorragia. La indicación electiva es

escasa y se realiza ante el fracaso del tratamiento médico y/o instrumental.

Palabras clave: Impactación fecal, enema, laxante

SUMMARY

Introduction: Fecal impaction (F.I.) is the accumulation of hard feces, mainly in the rectum, that cannot be voluntarily expelled. It is more common in the elderly and in debilitated, or inactive persons, and those who use drugs for mental diseases.

Objective: To assess a consecutive series of patients with con F.I., and discuss the etiopathology, and results of treatment.

Patients and Methods: Between January 2006 and December 2008, from 26862 admissions in the Sanatorio Trinidad Dupuytren of Buenos Aires, 87 (0.32%) were for (F.I.) Women 54 (62%), mean age 75 (range 95-32) years. F.I. was low (in rectum or rectosigmoid) in 50 (57.47%) patients, and high in 37 (42.53%). Diagnosis was done with: physical exam, rigid sigmoidoscopy, videocolonoscopy (VC), plain abdominal X-ray, contrast colon radiology, and abdominal computed tomography (CT), case dependent.

Results: All patients had conditioning factors, more frequently old age (42.52%), neurological conditions (20.69%), dolico colon (9.19%) and Chagasic megacolon (5.74%). More than 90% were diagnosed with rectal digital exam and rigid sigmoidoscopy. For those with high impaction VC and occasionally CT were used. All patients had medical treatment (Murphy enemas, laxatives, and diet), except for 3 (3.45%) who underwent emergency surgery for stercoracic ulcers with localized peritonitis (Hartmann type operations). Enemas were ineffective in 7 (8.3%) patients, requiring manual extraction under anesthesia: 4, and elective surgery: 3 (2 transverse colostomies and 1 cecostomy). There were 9 (10.2%) complications in non-operated patients (2 pneumonias, 5 phlebitis, and 2 urinary infections), and 2 in operated patients (abdominal wall abscess, and incisional hernia). Length of stay: 11 (range 5-45) days.

Conclusion: Treatment with enemas, diet and laxatives is highly effective in most patients. Surgical treatment is obviously necessary in the emergency setting due to perforation with peritonitis, and hemorrhage. Elective surgery is seldom indicated, and is performed for failure of medical or instrumental treatment.

Key words: fecal impaction, enemas, laxatives

Correspondencia: dr.jorgehequera@gmail.com
Dir. Postal: Av. Raul Scalabrini Ortiz 887 (1414), CABA

Leído en Sesión SACP, 10 Agosto 2012

Recibido 6 agosto 2012

Corregido y aceptado para publicación, 25 de noviembre de 2012

INTRODUCCION

La impactación fecal (I.F.) es la acumulación de materia fecal dura, fundamentalmente en el recto, pero también en el recto y sigma o en otros segmentos del colon proximal y se caracteriza por no poder evacuarse voluntariamente.

La incidencia de la I.F. en el adulto joven es similar en ambos sexos y es más común en el anciano, en personas debilitadas o inactivas, o que permanecen largos períodos en cama, en lisiados o en aquellos con un estado confusional tanto por depresión como por drogas usadas en enfermedades psiquiátricas.

El objetivo de este trabajo fue evaluar una serie consecutiva de pacientes con I.F., discutir su etiopatogenia y analizar los resultados del tratamiento.

PACIENTES Y METODO

En un período de 3 años (Enero 2006 a Diciembre 2008) hubieron 26862 internaciones en el Sanatorio Trinidad Dupuytren de la Ciudad de Buenos Aires. De ellas 87 (0.32%) fueron por impactación fecal.

Cincuenta y cuatro (62%) eran mujeres y la edad promedio global fue 75 años, con extremos de 95 a 32. La mayoría, 56 (64%) eran mayores de 66 años (figura 1).

Demografía (n=87)	
SEXO: Fem	54 (62%)
Masc	33 (38%)
EDAD:	
Promedio global	75 años (95-32)
Mujeres	77 años (90-32)
Hombres	73 años (95-47)
Hasta 65 años	31 pac (38%)
Mas de 66 años	56 pac (64%)
	87 pac (100%)

Figura 1: Distribución por sexo y edad de 87 pacientes con I.F.

Se consideró a la I.F. como de localización baja cuando se ubicaba en el recto ó el rectosigma (50 = 57.47%-) y alta cuando comprometía segmentos más proximales del colon (37 = 42.53%) (Figura 2).

En 83 (95.4%) la cabeza de la impactación fecal tenía consistencia dura y en 4 (4.6%) muy dura casi pétreo.

La metodología diagnóstica fue el examen semiológico y proctológico con instrumental rígido, videocolonoscopia, radiología directa del abdomen (Foto 1) y contrastada del colon y tomografía abdominal computada (Foto 2) según cada caso en particular.

Impactación fecal (n=87)		
Recto	44 (50.57%)	90.80%
Rectosigma	6 (6.90%)	
Sigma	29 (33.33%)	
Ceco-ascend	6 (6.90%)	
Descendente	2 (2.30%)	
BAJOS	50 (57.47%)	
ALTOS	37 (42.53%)	

Figura 2: Distribución topográfica de la I.F.



Foto 1: Rx directa de abdomen. Imagen típica de impactación fecal antes y después del tratamiento.

A todos se le realizó al ingreso tratamiento médico (con enemas tipo Murphy, laxantes por boca y dieta) excepto en 3 (3.45 %) que fueron operados de emergencia por peritonitis.

Los enemas por goteo fueron con solución salina con el agregado de leche y miel, realizadas en tres sesiones diarias de 500 ml. Los pacientes debían permanecer en decúbito lateral izquierdo y en ligero Trendelenburg para facilitar la introducción del líquido. La eliminación completa de las heces se corroboró con un enema evacuante de 1500 ml de solución salina tibia.

En todos los enfermos luego de la evacuación de las heces impactadas o después de las cirugías, durante la internación o en forma ambulatoria se hizo una videocolonoscopia para descartar lesiones en el colon proximal al colon impactado.

Al ingreso las manifestaciones clínicas fueron con distensión abdominal en 70 (80.46%), dolor abdominal crónico en 58 (66.66%) y peritonitis en 3 (3.45%). Además en 40 (46%) había pujos y tenesmo, en 33 (39%) pseudodiarrea y en 59 (68%) signos gravativos pelvianos con dolor anorrectal, hemorroides y prolapso mucoso (figura 3).

CLINICA

Distensión abdominal	70 (80.46%)
Dolor abdominal	58 (66.66%)
Peritonitis	3 (3.45%)
Pujo y tenesmo	40 (46 %)
Seudodiarreas	33 (39 %)
Signos gravativos pelvianos	59 (68 %)

Figura 3: Signos y síntomas al ingreso de 87 enfermos con I.F.

Todos los pacientes tenían factores asociados o condicionantes de la impactación, siendo los más frecuentes la senectud (37=42.52%), trastornos neurológicos (18=20.69%), dolico colon (8=9.19%) y megacolon chagásico (5=5.74%). (figura 4).

Impactación fecal (n=87)

Senectud	37 (42.52%)
Neurológicos	18 (20.69%)
Dolico colon	13 (14.94%)
Siquiátricos	8 (9.29%)
Megacolon	5 (5.75%)
Enf. Divert	4 (4.60%)
Ca de colon	2 (2.30%)

Figura 4: Factores asociados a la impactación fecal.

La mayoría de los enfermos (69=79%) tenían constipación crónica. En 60 (69%) pacientes la ingesta de líquidos era de un litro/día y en 71 (82%) la ingesta de fibras era mínima o nula (Figura 5).

Más del 90% de los diagnósticos se hicieron con el tacto rectal y la endoscopia rígida. Las impactaciones altas se diagnosticaron con VCC y ocasionalmente con TC.

El seguimiento alejado en consultorio ó telefónico se logró en el 82 % de los pacientes. A un año de la ex-

Impactación fecal (n=87)

Dieta sin fibras	71 (82%)
Constipación crónica	69 (79%)
Escasa ingesta líquida	60 (69%)

Figura 5: Factores condicionantes de la impactación fecal

ternación no hubo repetición de la impactación, pero se mantenían algunas dificultades evacuatorias vinculadas a la constipación crónica.

RESULTADOS

En 7 (8.3%) pacientes el tratamiento con enemas fue inefectivo. En 4 de ellos se hizo extracción manual con anestesia y los 3 restantes se operaron electivamente. Se realizaron 2 colostomías transversas y una cecostomía. En una segunda etapa se realizó en los tres una resección tipo Dixon con extracción simultánea de la materia fecal impactada (Foto3). En una tercera etapa en dos se cerró la colostomía y el tercero no aceptó la cirugía por la edad avanzada.

Los tres enfermos operados de urgencia fueron por úlceras estercoráceas con peritonitis localizadas. Se efectuaron en todos operaciones tipo Hartmann con reconstrucción posterior en dos y un paciente se perdió en el seguimiento.

Hubieron 9 (10.2%) complicaciones en los pacientes no operados (2 neumopatías, 5 flebitis y 2 infecciones urinarias) y en los operados un absceso de pared y una eventración.

No hubo mortalidad. Las internaciones fueron en promedio 11 días (extremos de 5 a 45)

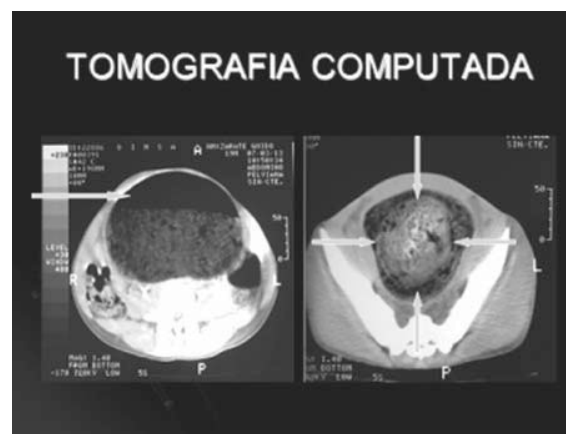


Foto 2: Imagen tomográfica de fecaloma impactado

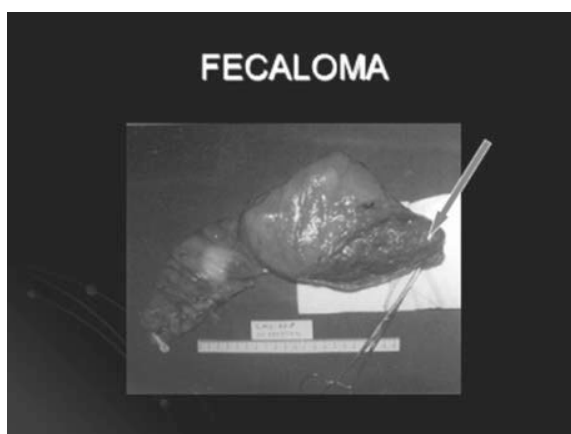


Foto 3: Pieza quirúrgica con material fecal impactada
Discusión Sesión SACP, agosto 2012

Impactación fecal (n=87)	
Resolución con:	
Enemas por goteo	77 (88.51%)
Extracción instrumental	4 (4.6 %)
Cirugía electiva	3 (3.4 %)
Cirugía de urgencia	3 (3.4 %)

Figura 6: Tipos de tratamiento

DISCUSION

Los términos impactación fecal, fecaloma, atascamiento fecal, coproma, estercoroma se utilizan en forma equivalente y tienen en común expresar la acumulación de heces de gran volumen, fundamentalmente en el colon distal y en el recto.

La impactación fecal es el resultado de una alteración del mecanismo de defecación normal. La acumulación de materia fecal y la falta de propulsión posibilitan una mayor reabsorción de líquidos y el endurecimiento paulatino de las heces. Finalmente se establece una imposibilidad de evacuación. Si se considera a la I.F. como la ocupación de la ampolla rectal ó del colon distal, por una masa fecal dura e imposible de evacuar, la dureza extrema, casi pétrea, define al fecaloma. Aún cuando ésta denominación parece indicar una autonomía nosológica, el fecaloma es en realidad un caso extremo de estreñimiento.

Tres son los condicionantes a considerar. El primero de ellos está vinculado a una dieta pobre en residuos y con escasa ingesta líquida que mantenían respectivamente el 82% y el 60% de los pacientes de ésta serie. Ambas situaciones fueron la causa principal de la constipación crónica, como lo corroboró la mejoría al corregir esos déficit. Estas cifras, concuerdan como principal causa etiopatogénica a la referida en la literatura (1,2,3,4,5).

A estas consideraciones dietéticas se debe agregar el efecto constipante de las medicaciones psiquiátricas y neurológicas. En ésta casuística representó un factor agregado en 1 de cada 3 enfermos (26=29.89%) y muestra su influencia en la génesis de la impactación fecal.

Un segundo factor condicionante es la falta de actividad física secundaria a una patología invalidante o a internaciones prolongadas. Un dato a considerar es la convivencia en instituciones geriátricas o en algunos domicilios familiares, donde no se estimula la actividad física. Se ha referido (6) que el 42 % de los pacientes internados en una institución geriátrica en algún momento tuvieron impactación fecal. Además el 39 % de los enfermos con I.F. tienen antecedentes de episodios similares (7). La edad avanzada asociada a fenómenos involutivos y los trastornos neurológicos son también limitantes a la actividad física (8,9).

Un tercer condicionante de esta afección es inherente a la anatomía colónica. El megacolon y el dolico colon facilitan por la disminución de la propulsión, el estancamiento fecal. En nuestra serie, éstas alteraciones anatómicas, se encontraron en 18 (20.69%) enfermos, cifras menores que las referidas en zonas endémicas chagásicas donde la prevalencia es obviamente mayor (10).

Los tres condicionantes que referimos, a veces en forma individual o más comúnmente asociados, pueden llevar a la impactación fecal. Por ello la profilaxis está dirigida a evitar las asociaciones de éstos eventos mejorando la dieta, favoreciendo la actividad física y reemplazando, cuando sea factible, la medicación constipante.

Los resultados de la implementación de estas pautas fueron referidos por los pacientes como una mejoría en su calidad de vida al poder evacuar con mayor regularidad y con menos esfuerzos. La falta de reinternaciones por nuevas impactaciones en el seguimiento hasta dos años después del alta corrobora esta buena evolución y con éstas medidas se contribuye a disminuir los costos al evitar internaciones prolongadas.

El tratamiento tiene como objetivos la resolución de la I.F. y la profilaxis de la recurrencia (11) Mayoritariamente la terapéutica es médica, como se muestra en ésta serie donde la respuesta fue buena en 77 (88,51%) de los pacientes. La conducta quirúrgica es obviamente en la urgencia (peritonitis, obstrucción, hemorragia) ó cuando fracasa el tratamiento médico (12,13) En un enfermo con impactación fecal la colitis estercorácea es inflamatoria y puede llevar a la necrosis isquémica de la pared colónica o rectal debido a un aumento de la presión intraluminal. Ello conduce a la formación de una úlcera estercorácea y subsecuentemente a la perforación colónica (14) Esta situación ocurrió en 3 (3.4%) enfermos que demoraron la consulta. Sin embargo, en

forma similar a Latif (4) el diagnóstico precoz permitió un tratamiento quirúrgico inmediato y evitó la mala evolución que ocurre en peritonitis más avanzadas.

La evacuación de un fecaloma requiere la ruptura digital ó instrumental del reborde duro, casi pétreo que lo caracteriza en algunas ocasiones. En el resto de las heces impactadas también la divulsión digital es útil porque facilita la acción de los enemas. Estos se necesitan para la disgregación y eliminación posterior de la materia fecal acumulada. Hay una gran variedad en los componentes de los enemas, pero el fundamento es el ablandamiento y la lubricación de las heces para lograr su remoción.

En general la proporción y tipo de esos componentes dependen de preferencias personales. En esta casuística se utilizó solución salina con el agregado de leche y/o miel, por su acción osmótica y lubricante. Pero el requerimiento básico hecho es que los enemas deben ser fraccionados y por goteo lento. Los enemas con agua corriente sola no están indicadas por la posibilidad de intoxicación hídrica (10).

La extracción manual es una opción cuando el fecaloma no puede evacuarse a pesar de la ruptura de su cápsula, como ocurrió en 4 (4.60%) pacientes de esta serie. La desimpactación puede realizarse con sedación solamente, pero para seguridad del paciente debería hacerse en quirófano con sedación endovenosa o con anestesia local, regional o general. Esta fue la conducta que utilizamos y aconsejamos pues posibilita realizar una dilatación anal suave y sostenida, sin molestias ni efectos colaterales. Debe ponerse énfasis en realizar una dilatación suave y progresiva que permita utilizar un instrumental adecuado y/o la desimpactación digital o manual. Un exceso de dilatación puede causar incontinencia, hecho no observado en los 4 enfermos de esta serie.

El tratamiento quirúrgico electivo en la I.F. es muy poco frecuente y es ante el fracaso del tratamiento médico e instrumental.

Amarillo H.R y Amarillo H.A (10) analizan 718 enfermos presentados en 9 series entre 1989 y 2005. Refieren al fecaloma como complicación inicial del megacolon y requirieron cirugía un 23.4%. En esta serie los operados electivamente fueron solo 3 (3.4%). Esta cifra puede estar en relación a que la mayoría de los pacientes tenían una impactación fecal y no un fecaloma, situación que facilitó el tratamiento médico.

Las tácticas referidas en la literatura como más habituales son:

- Operación tipo Hartmann
- Operación tipo Rankin-Mikulicz
- Colostomía transversa como primera etapa.
- Laparotomía y evacuación asistida del fecaloma

Las operaciones tipo Hartmann resuelven la complicación (fecaloma no resuelto por tratamiento médico, úlcera estercorácea con peritonitis o hemorragia por erosión de la mucosa) y la enfermedad de base (megacolon y/o dolico colon).

En cambio las operaciones tipo Rankin-Mikulicz pueden resolver la impactación pero no resecan el colon y por lo tanto no tratan la patología de base. El cierre de la bicolostomía restaura la continuidad colónica pero se mantiene el megacolon. Por ello creemos que no debería realizarse.

La colostomía transversa puede indicarse como primera etapa de la obstrucción colónica simple debido a impactación fecal en enfermos lábiles o cuando el cirujano tiene poca experiencia en cirugía colónica mayor. A veces puede utilizarse, como dice Manson (15), para descompresión y facilitación de las maniobras evacuatorias trans-anales. Los tres enfermos operados electivamente en esta serie tenían comorbilidades importantes, sobre todo, cardiológicas y la colostomía fue usada como puente hasta la cirugía, en un intervalo que permitió mejoras en las condiciones generales.

La laparotomía y evacuación asistida del fecaloma es de indicación excepcional.

En conclusión, de los resultados de ésta serie se puede deducir que

- La corrección de la constipación es una profilaxis de la impactación fecal en enfermos que han tenido un episodio previo.
- El tratamiento con enemas por goteo, dieta y laxantes es de alta respuesta en una mayoría.
- El tratamiento quirúrgico es obviamente de emergencia en la perforación con peritonitis y en la hemorragia. La indicación electiva es escasa y se realiza ante el fracaso del tratamiento médico y/o instrumental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Amarillo HR y Amarillo HA: Fecaloma. En Hequera JÁ y Latif JÁ: Abdomen agudo de origen colónico. Ed. Akadia, Buenos Aires, 2005 cap.10
- 2 Astiz J.M., Heidenreich A. y col. Megacolon. En Patología Quirúrgica. Michans J. Buenos Aires, Ed.1987
- 3 Cunha U. Andrade M. Goes C. y col. Fecaloma emidosos hospitalizados RevMéd Minas Gerais 1993;3:13-15
- 4 Latif JÁ.,Leiro F. Brizuela G. y col. Fecaloma. Tratamiento de las complicaciones agudas.Rev. Argent.Coloproct. 2005;16:191-200
- 5 Grecco C.A. Fecalomas. Prensa Méd.Argent 1985;72:505-510
- 6 Read NN.,AbouzekeyL.,Read MG y col. Anorectal function in elderly patients with fecalimpaction Gastroenterology 1985;89:959-966
- 7 Gurll N y Steer M. Diagnostic and therapeutic con-

- siderations for fecalimpactions. Dis Colon Rectum 1975;18:507-511
- 8 Lentini J. Constipación, disquesia y fecaloma. Jorn.Med. 1971; 24:19-23
 - 9 Perez V. Gastroenterología Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1981 pag.332
 - 10 Amarillo H.R. y Amarillo H.A. Complicaciones del Megacolon.EnLatif JÁ, Rodrihuez Martin JÁ y Hequera JÁ. Urgencias en enfermedades del Colon Recto y Ano. Ed.Akadia.2011 pag195-203
 - 11 Wald A. Management and prevention of fecalimpaction. Current Gastroenterology Reports 2008;10:499-501
 - 12 Araghizadeh F. Fecal Impaction. Clinics in Colon and Rectal Surgery 2005;18:116-119
 - 13 FalidasE. ,MathioulakisS.,y col. Stercoral perforation of the sigmoid colon. A case report and brief review of the literature. G.Chir 2011;32:368-371
 - 14 Heffernan C. Patcher HL,Megibow AJ y Macari M. Stercoral colitis leading to fatal peritonitis. CT findings Am.J.Roentgenol 2005;184:1189-1193
 - 15 Manson R. Cirugía de Urgencia en las complicaciones Del megacolon. Curso de la S.A.C.P. 2005

Dr. Rodriguez Martín Jorge: Deseo realizar dos comentarios. En primer lugar deseo remarcar que la enema de Murphy tiene un solo objetivo, hidratar la materia fecal. Cuando existe impactación fecal no es necesario demoler la cabeza de impactación, a diferencia del fecaloma donde este gesto es necesario para que actúe la enema de Murphy. Creo que el agregado de miel o leche no contribuye en nada, y produce una irritación en la mucosa rectal. Por otro lado quiero decir que mi sensación sobre la foto mostrada de resección colónica es que se trata de un fecaloma y no de una impactación

fecal. Existe una diferencia entre ambas, en la impactación fecal existe materia fecal blanda consistente sin cáscara y el fecaloma tiene una cáscara. Nosotros, hace muchísimos años en el hospital Rawson, evaluábamos pacientes del interior con fecalomas altos. Esto motivó a Enrique Finocchietto a desarrollar el rectoscopio gigante de utilidad para resolver aquellos fecalomas ubicados por encima de la válvula recto-sigmoidea. Entonces, mi sensación es que lo que se mostró no era una impactación sino un fecaloma porque me pareció que tenía cáscara. Gracias.

Cierre de la Discusión

Dr. Hequera Jorge: Respecto al comentario de Jorge, creo que no ha leído el trabajo que mandamos. En el mismo está explicado que la foto corresponde a un fecaloma y creo haberlo mencionado durante la presentación. Estamos convencidos, y lo hemos demostrado con números, que en las impactaciones fecales es necesario realizar un gesto de demolición ya que presentan una cáscara (no tan dura como en el fecaloma). Si en estos casos realizáramos solo enemas, el líquido entra y sale sin ejercer acción alguna. Todos los tratados indican asociar un gesto al enema con el fin de permeabilizar un poco la cabeza de la impactación y así dejar que actúe el líquido en la materia fecal. Luego de realizar la limpieza colónica, a todos los pacientes se le realizó una videocolonoscopía para buscar algún desencadenante. Durante la misma no encontramos irritación mucosa. Esto lo observamos en nuestra serie y posiblemente no concuerde con la de Rodriguez Martín.