

Megarrecto y megacolon idiopático

J. Molina Infante, M. Hernández Alonso, B. Pérez Gallardo y E. Martín Noguerol

Unidad de Aparato Digestivo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años con retraso mental moderado congénito, dislipemia e hipotiroidismo, que acude a la consulta por estreñimiento progresivo, aumento del perímetro abdominal y pérdida de 8 kg de peso en los últimos 4 meses. En la exploración física destaca la palpación de una masa hipogástrica central, dura, mal delimitada, de aproximadamente 10 x 8 cm. Las determinaciones analíticas, incluidos reactantes de fase aguda y marcadores tumorales digestivos y ginecológicos, así como la ecografía ginecológica, son normales. Se realiza TAC abdominopélvico (Fig. 1, reconstrucción coronal, Fig. 2, cortes axiales) objetivándose una dilatación gigante del recto y el colon izquierdo, ocupados en toda la luz por restos fecales compactados, que produce desplazamiento de todos los órganos abdominales e hidronefrosis bilateral sin insuficiencia renal asociada. La colonoscopia hasta ciego con biopsias y la RMN pélvica son normales. Se realiza manometría anorrectal que demuestra conservación del reflejo rectoanal inhibitorio. Se inicia tratamiento con polietilenglicol oral y enemas de lactulosa, con notable mejoría clínica y actualmente sigue terapia de mantenimiento con lactulosa oral a dosis altas con ganancia ponderal y una deposición cada 24-48 horas.

DISCUSIÓN

El estreñimiento crónico asociado a dilatación patológica del recto y/o del colon (megarrecto y/o megacolon) es una enfermedad poco frecuente y su diagnóstico se realiza por exclusión. Se pueden distinguir dos formas de la enfermedad:

primaria, probablemente asociado a disfunción neurogénica, y secundaria, que ocurre en respuesta a retención fecal crónica en niños con encopresis y en adultos institucionalizados, con enfermedades psiquiátricas o con retraso mental. En este contexto, el estreñimiento puede verse asociado a ensuciamiento fecal o diarrea por rebosamiento. La manometría ano-rectal demuestra habitualmente hiposensibilidad rectal franca y está preservada la relajación del esfínter anal interno en respuesta a la distensión rectal (reflejo rectoanal inhibitorio), lo que le diferencia de la enfermedad de Hirschsprung. El tratamiento farmacológico de mantenimiento se debe realizar con laxantes osmóticos, pudiendo combinarlos de manera intermitente con los estimulantes del tránsito. En pacientes en los que el megarrecto es secundario a disinergia defecatoria, se han demostrado buenos resultados con rehabilitación del suelo pélvico o *biofeedback*. La cirugía (colectomía subtotal con ileorrectostomía o colectomía total con reservorio ileoanal para el megacolon asociado a megarrecto y la proctectomía o la rectoplastia reductora vertical en el caso de megarrecto aislado) se debe reservar para los casos refractarios a medidas conservadoras.