

Programa Integral de Formación Continuada en Atención Primaria

TEMA 6

Patología funcional anorrectal

M. Mínguez y P. Almela

Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Objetivos del aprendizaje

- ▶ **¿Qué criterios diagnósticos debe aplicar el médico de atención primaria para la valoración clínica de la patología funcional anorrectal?**
- ▶ **¿De qué medidas terapéuticas dispone antes de remitir al paciente con patología funcional anorrectal al especialista?**
- ▶ **¿Cuáles son los criterios de derivación al especialista de los pacientes con patología funcional anorrectal?**

Introducción

La patología funcional anorrectal, al igual que el resto de trastornos funcionales digestivos, engloba una gran cantidad de síntomas o síndromes que no pueden explicarse por anomalías estructurales o endocrino-metabólicas. En reuniones de consenso, expertos internacionales han ido definiendo de forma periódica los criterios clínicos mínimos que debe cumplir cada una de las entidades que constituyen la llamada «patología funcional recto-anal»: incontinencia fecal funcional, trastornos funcionales de la defecación y dolor anorrectal funcional. Los criterios clínicos consensuados (criterios de Roma) permiten definir, en función de síntomas y, en el caso de los trastornos funcionales de la defecación, también mediante pruebas diagnósticas, cada uno de los subgrupos patológicos, de modo que el conocimiento de éstos permite al médico de familia realizar una primera aproximación diagnóstico-terapéutica y saber en qué momento deben los pacientes ser remitidos al especialista.

Incontinencia fecal funcional Definición, epidemiología y criterios diagnósticos

La incontinencia fecal funcional se define como la imposibilidad de retrasar de

forma voluntaria el paso de las heces por el ano en ausencia de patologías estructurales o neurológicas que la justifiquen. Sin embargo, en muchas ocasiones coexisten pequeñas alteraciones estructurales del esfínter o neurológicas que por sí solas no producirían incontinencia. La incontinencia fecal (IF) es una alteración muy frecuente: se estima que la presenta entre un 2,2 y un 15% de la población general, pero puede llegar a superar el 46% en pacientes institucionalizados. Más del 50% de los pacientes ocultan su existencia, por lo que el médico sólo puede detectarla mediante una anamnesis dirigida. Es, probablemente, la patología funcional digestiva benigna que mayor deterioro produce en la calidad de vida. En la tabla 1 se detallan los criterios diagnósticos actuales de incontinencia fecal funcional.

Fisiopatología

Las estructuras que mantienen la continencia (recto y canal anal) pueden perder la capacidad funcional por un flujo desproporcionado de las heces hacia el ano, por una consistencia excesivamente líquida de las heces, por incapacidad del recto para actuar como reservorio, por alteraciones de la sensibilidad que dificultan la percepción de llegada de



Temas disponibles en:
www.sietediasmedicos.com

Evaluación y diplomas en:
www.aulamayo.com

Cada tema está acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
5,5 créditos



Patología funcional digestiva

Coordinador: Jordi Serra

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital
Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

1. Actualización terapéutica en la patología funcional digestiva

SÓLO DISPONIBLES EN

www.sietediasmedicos.com

2. Reflujo gastroesofágico y
trastornos motores del esófago

3. Dispepsia funcional

4. Distensión abdominal
y flatulencias

5. Síndrome del intestino irritable

6. Patología funcional anorrectal



Tabla 1. Criterios diagnósticos de incontinencia anal funcional (Roma III)

1. Escape incontrolado y recurrente de material fecal en un individuo mayor de 4 años, como mínimo en los últimos 3 meses, que presente una o más de las siguientes condiciones:

- a. Funcionamiento anormal anal con una musculatura normalmente inervada y estructuralmente intacta
- b. Alteraciones menores en la inervación y/o estructura de los esfínteres
- c. Hábito defecatorio normal o alterado (retención fecal o diarrea)
- d. Causas psicológicas

2. Exclusión de todos los siguientes:

- a. Inervación alterada causada por lesión o lesiones cerebrales (p. ej., demencia), lesiones de la médula espinal o de las raíces sacras nerviosas o lesiones mixtas (p.ej., esclerosis múltiple) o como parte de una neuropatía generalizada periférica o autónoma (p.ej., diabetes)
- b. Anormalidades de los esfínteres anales asociadas a una enfermedad multisistémica (p.ej., esclerodermia)
- c. Alteraciones estructurales o neurogénicas que se considera que son la causa mayor o principal de la incontinencia

las heces al recto-ano o por una incoordinación o un déficit en la potencia de cierre de la musculatura anal. Con frecuencia coinciden varias alteraciones.

Ante cualquier paciente con incontinencia fecal, el médico debe realizar una aproximación diagnóstica inicial que identifique posibles causas de origen orgánico. En este sentido, hay que distinguir las principales situaciones que se asocian a IF, fundamentalmente *lesiones del esfínter* (obstétricas, quirúrgicas o traumáticas), *enfermedades neurológicas* (esclerosis múltiple, neuropatía diabética, lesiones medulares, daño cerebral), *situaciones que inducen diarrea crónica o recurrente* (enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome del intestino irritable, diarrea secundaria a neuropatía autónoma, malabsorción de lactosa o fructosa), *disminución de la capacidad de distensión rectal* (proctitis ulcerosa, actínica, infecciosa, etc.), *impactación fecal o alteraciones de la sensibilidad rectal*.

Diagnóstico

El diagnóstico se establece mediante una anamnesis dirigida. Los antecedentes clínicos y la exploración física nos permitirán hacer una primera aproximación a la causa o las causas posibles, así como establecer la gravedad (frecuencia de los episodios y características del escape: gases, heces sólidas o líquidas...) y el grado de interferencia de la

IF en la vida cotidiana. Todo ello está al alcance del médico de familia. Tras la detección de la IF, hay que establecer criterios de derivación del paciente al especialista de digestivo, a fin de realizar exploraciones complementarias para determinar el origen de la patología y, sobre todo, para efectuar una valoración funcional y anatómica que permita indicar tratamientos específicos.

Anamnesis

Se valorarán la edad y el sexo y, en caso de que el paciente sea mujer, la historia obstétrica. Es importante conocer los fármacos que toma el paciente que puedan inducir diarrea. Otros factores que se examinarán serán los antecedentes que puedan estar involucrados como causa de la IF en función de los parámetros fisiopatológicos descritos previamente, como antecedentes de cirugía anal, traumatismos anales, enfermedades neurológicas, deterioro cognitivo, diabetes, patologías que ocasionen diarrea crónica (antes mencionadas), patologías que se asocian a proctitis, etc. Por último, se analizará el tiempo de evolución, la frecuencia de aparición, la consistencia de las heces que desencadenan los episodios de IF y la necesidad de usar pañal o compresa.

Examen físico

En la inspección anal se valorarán la existencia de dermatitis «irritativa» en la

piel perianal (inducida por el manchado relacionado con la existencia de una IF crónica) y la presencia de prolapsos hemorroidales o rectales o de orificios fistulosos que puedan dar lugar a un manchado crónico y a una falsa IF, así como la existencia de cicatrices obstétricas.

En el tacto anal, valoraremos el tono o presión basal del canal anal (en reposo) y el tono de contracción voluntaria (tras indicar la realización de una maniobra de «contención»). Se analizará asimismo la existencia de impactación fecal.

Exploraciones complementarias

Hay dos exploraciones básicas que permiten evaluar los mecanismos de continencia rectoanales y que sólo están disponibles en centros especializados: a) la *manometría anorrectal*, que cuantifica la capacidad funcional de cierre del canal anal en reposo y durante la contracción voluntaria, así como la capacidad de distensión y la sensibilidad rectal, y b) la *ecografía anal*, que valora la existencia de alteraciones estructurales en el esfínter anal externo e interno, así como en el músculo puborrectal.

Tratamiento

Tratamiento médico

Medidas higiénico-dietéticas y conductuales

De forma individualizada, valorando la relación ingesta-efecto, hay que evitar el consumo de sustancias que puedan desencadenar diarrea, como los alimentos con lactosa o fructosa, por ejemplo. Es importante establecer pautas de conducta que puedan « paliar » las alteraciones en la calidad de vida que conlleva la IF, como intentar defecar antes de salir de casa, llevar siempre un *kit* de limpieza, ropa interior de repuesto y compresas, pañales de protección u obturadores anales. En pacientes encamados o con un deterioro conductual grave, a menudo es necesario el uso enemas de limpieza o laxantes programados para evitar episodios de incontinencia secundaria a impactación fecal.

Fármacos

El tratamiento farmacológico intenta reducir la frecuencia defecatoria y aumen-

tar la consistencia de las heces. Los fármacos más utilizados son:

- Loperamida. Puede indicarse de forma crónica continua o «a demanda» durante crisis diarreas, con dosis de «ataque» de hasta 16 mg/día (8 comprimidos de 2 mg) y dosis de «mantenimiento» de 2 a 8 mg/día. Otros antidiarreicos utilizados con menor frecuencia son la codeína y el difenoxilato.
- Agentes formadores de volumen. Pueden combinarse con antidiarreicos. Los más utilizados son los preparados de *Plantago ovata* (de 3,5 a 10,5 g/día).

«Biofeedback»

Es una técnica que utiliza la información visual o acústica de la función anorrectal, obtenida mediante sistemas de registro manométrico o electromiográfico, para instruir al paciente sobre cómo realizar ejercicios con la musculatura del esfínter que potencien la capacidad de continencia. Básicamente, se enseña al paciente a contraer de forma rápida y potente la musculatura anal, mantenerla contraída el máximo tiempo posible y, posteriormente, relajarla lentamente. Esta acción la debe realizar el paciente ante mínimas percepciones de ocupación rectal. El porcentaje de éxito del *biofeedback* en cuanto a mejora satisfactoria de la incontinencia es alto (75-80%), por lo que constituye un tratamiento de primera elección. Estudios recientes han demostrado que la explicación de los ejercicios de contracción/relajación del canal anal en la consulta médica, sin necesidad de monitorizar la función en una pantalla, consiguen resultados similares a los que se obtienen mediante *biofeedback* instrumentalizado. Esto permitiría que la técnica tuviera especial utilidad en atención primaria, al no requerir aparatos ni unidades especiales. Sin embargo, exige una formación especial por parte del personal sanitario y una dedicación extraordinaria. Por ello, en general, únicamente unidades de atención especializada tienen capacidad de realizarlas.

Cirugía

Está indicada en pacientes con IF secundaria a lesiones del esfínter y se individualiza en función de los resultados de la ecografía y la manometría anal.

Otros tratamientos

Existen, para casos muy individualizados y en unidades de atención especializadas, tratamientos mediante estimulación de raíces sacras (neuromodulación), implantes de polímeros en canal anal, etc. En incontinencias graves, en las que no se produce mejora alguna con los tratamientos mencionados, puede plantearse la realización de una colostomía de descarga.

Papel del médico de familia

El médico de familia puede realizar, mediante la anamnesis y la exploración física, una primera aproximación a cuáles son las causas de la incontinencia (en función de la fisiopatología previamente descrita), así como establecer la gravedad y el grado de interferencia en la calidad de vida. A partir de ello, puede iniciar un tratamiento con medidas higiénico-dietéticas, medidas conductuales, fármacos e, incluso, indicación de ejercicios musculares de contracción/relajación.

Cuando el paciente presente una incontinencia grave y/o con una gran repercusión sobre su calidad de vida o cuando no mejore tras el tratamiento pautado, el médico de familia remitirá al paciente a un centro especializado (si es posible, a una unidad de motilidad que trabaje de forma coordinada

con un equipo quirúrgico). En la mayoría de pacientes institucionalizados, con deterioro cognitivo o con enfermedades neurológicas que justifiquen la incontinencia, no es necesario realizar ningún tipo de estudio complementario; únicamente requerirán tratamiento médico de apoyo.

Es importante recordar que en pacientes con incontinencia de aparición reciente, sobre todo en el contexto de una variación reciente del ritmo defecatorio, en pacientes mayores de 50 años y, sobre todo, si existen antecedentes familiares de cáncer de colon, estaría indicada la realización de una colonoscopia para descartar una neoplasia de colon como causa de los trastornos defecatorios, pudiendo ser solicitada por el médico de familia (si tiene acceso) o mediante la derivación del paciente al especialista para la realización de la prueba.

En el algoritmo de la figura 1 se esquematiza cómo proceder ante un paciente con incontinencia fecal.

Trastornos funcionales de la defecación

Definición, epidemiología, criterios diagnósticos y fisiopatología

Los trastornos funcionales de la defecación se dividen en dos subtipos patogé-

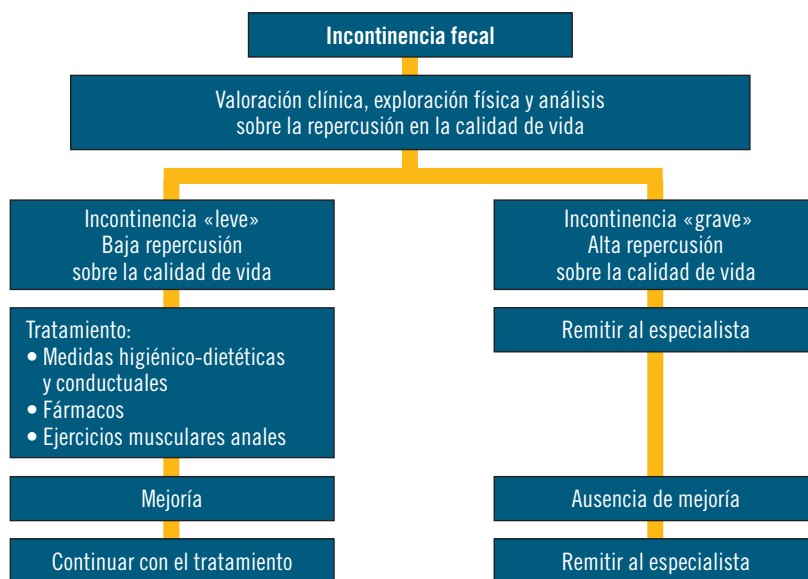


Figura 1. Abordaje de un paciente con incontinencia fecal

nicos. El primero se caracteriza por una contracción paradójica o una inadecuada relajación de los músculos del suelo pélvico (fundamentalmente del esfínter anal externo y/o del músculo puborrectal) durante la maniobra defecatoria, de forma que al no abrirse el ano se dificulta o imposibilita la salida de las heces; a esta disfunción se la denomina «disinergia de la defecación». El segundo subtipo se caracteriza por una propulsión rectal débil o inexistente, de manera que, aunque el ano esté abierto, las heces no pueden ser expulsadas; en este caso, el trastorno se clasifica como «estreñimiento por déficit de propulsión». Ambos mecanismos pueden coexistir. Los pacientes con estas disfunciones deben referir síntomas típicos de estreñimiento crónico funcional (tabla 2), pero además tienen alteraciones funcionales que únicamente pueden ser diagnosticadas en unidades especializadas mediante estudios complementarios (tabla 3).

Se desconoce cuál es la prevalencia de la disfunción defecatoria. Parece ser que en centros terciarios, de todos los pacientes remitidos para un estudio de estreñimiento crónico funcional, entre un 20 y un 80% presentan este trastorno. Dado que la prevalencia de estreñimiento crónico es muy alta en la población general (en España del 27% en mujeres y del 8% en hombres), puede deducirse que la prevalencia de la disinergia de la defecación también es considerable.

Su fisiopatología es desconocida, pero existe una relación importante con la ansiedad y el estrés psicológico, de manera que los pacientes con esta patología presentan con mayor frecuencia problemas de ansiedad, depresión, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos fóbicos y de somatización.

El papel del médico de familia en el contexto del diagnóstico y tratamiento es limitado, dado que se requieren pruebas específicas sólo disponibles en centros especializados. De todos modos, es importante que el médico de familia conozca su existencia, así como el lugar que ocupa en el contexto del estreñimiento crónico en general.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de estreñimiento crónico funcional (Roma III)*

1. Deben observarse dos o más de los siguientes síntomas:
<ul style="list-style-type: none"> • Esfuerzo excesivo como mínimo en más del 25% de las deposiciones • Bolas o heces duras como mínimo en más del 25% de las deposiciones • Sensación de evacuación incompleta como mínimo en más del 25% de las defecaciones • Sensación de bloqueo/obstrucción como mínimo en más del 25% de las defecaciones • Maniobras manuales para facilitar la defecación como mínimo en más del 25% de las defecaciones • Menos de 3 defecaciones a la semana
2. La presencia de heces líquidas es muy rara sin el uso de laxantes
3. Los pacientes no deben tener criterios diagnósticos de síndrome del intestino irritable
*Los criterios deben cumplirse como mínimo en los últimos 3 meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo 6 meses antes del diagnóstico.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de alteración funcional de la defecación (Roma III)*

1. El paciente debe cumplir los criterios de estreñimiento crónico funcional
2. Durante intentos repetidos de defecación, debe cumplir como mínimo dos de los siguientes requisitos:
<p>a. Evidencia de alteración de la evacuación basada en el test de expulsión del balón o por imagen</p> <p>b. Contracción de los músculos del suelo pélvico (esfínter anal externo o puborrectal) o menos de un 20% de relajación de la presión basal del canal anal por manometría, EMG o imagen</p> <p>c. Inadecuada fuerza propulsiva rectal demostrada por manometría o por imagen</p>
Subgrupos diagnósticos
a. Disinergia de la defecación
El paciente presenta contracción de los músculos del suelo pélvico (esfínter anal externo o puborrectal) o menos de un 20% de relajación de la presión basal del canal anal por manometría, EMG o imagen con una adecuada fuerza propulsiva rectal demostrada por manometría o por imagen
b. Inadecuada propulsión durante la defecación
El paciente presenta una inadecuada fuerza propulsiva rectal objetivada por manometría o por imagen, con o sin contracción de los músculos del suelo pélvico (esfínter anal externo o puborrectal) o menos de un 20% de relajación de la presión basal del canal anal demostrada por manometría, EMG o imagen
*El inicio de los síntomas debe haberse producido como mínimo 6 meses antes del diagnóstico y los criterios los debe cumplir completamente los últimos 3 meses. EMG: electromiografía.

El estreñimiento crónico se divide en dos grandes grupos: 1) el estreñimiento crónico secundario que aparece en el contexto tanto de patologías estructurales del colon y/o del recto y canal anal como de patologías endocrino-metabólicas, neuropatías, miopatías y enfermedades del tejido conjuntivo, así como tras la toma de ciertos fármacos, y 2) el estreñimiento crónico funcional (ECF), que se establece una vez excluidas las causas que pueden ocasionar estreñimiento crónico secundario. A su vez, el ECF

puede clasificarse en varios subtipos patológicos según los resultados de estudios funcionales específicos: estreñimiento «con tiempo de tránsito normal», estreñimiento por «tiempo de tránsito lento» o estreñimiento por «disfunción de la defecación». Estos dos últimos se consideran graves, ya que responden mal al tratamiento habitual y se asocian a un deterioro importante de la calidad de vida, requiriendo atención médica especializada en unidades específicas de atención a patología motora digestiva.

Diagnóstico

El diagnóstico se establece tras realizar estudios funcionales específicos en pacientes con clínica de estreñimiento crónico funcional (tablas 2 y 3).

Anamnesis

No existen datos clínicos que apoyen especialmente la existencia de disfunción de la defecación. Sin embargo, los pacientes refieren fundamentalmente síntomas de dificultad para expulsar las heces: esfuerzo excesivo, necesidad de ayudarse con los dedos, sensación de tapón anal...

Exploración física

Es fundamental para excluir causas orgánicas de dificultad evacuatoria (fecalomas, tumores en canal anal o recto, fisura anal, prolapso rectal, hemorroides, etc.).

Colonoscopia

Debe realizarse utilizando los criterios de consenso para el cribado de cáncer de colon.

Exploraciones diagnósticas

- Manometría anorrectal. Permite cuantificar las presiones en el recto y en el canal anal durante intentos de defecación. De esta manera podemos poner de manifiesto la existencia de contracción paradójica o la ausencia de relajación del canal anal durante la fase expulsiva que caracteriza al ECF por «disinergia defecatoria», y/o la ausencia de incremento presivo rectal que caracteriza al ECF por «déficit de propulsión».
- Prueba de expulsión de un balón. Valora la capacidad de expulsión de un globo intrarrectal en condiciones similares a la defecación real. Se considera que la prueba es normal si el paciente expulsa el balón en menos de 60 segundos, y que es patológica si no consigue expulsarlo. La normalidad de los resultados prácticamente descarta la existencia de una disfunción de la defecación, mientras que su anormalidad apoya el diagnóstico de ésta (que deberá ser confirmada con otras pruebas).
- Defecografía. Consiste en el registro por imagen de la evacuación de un material radiopaco previamente introduci-

do en el recto de consistencia similar a la de las heces y en una posición semejante a la de la defecación real. Permite valorar la existencia de datos que indican una disfunción de la defecación (ausencia o inadecuado descenso perineal, ausencia o inadecuada apertura el ángulo rectoanal, ausencia o inadecuado vaciamiento rectal), así como descartar causas orgánicas no visibles en la inspección o palpación anorrectal (enterocele, rectocele, intususcepción, etc.).

Tratamiento

El *biofeedback* es el único tratamiento que ha demostrado mejorar la sintomatología en un 75% de los pacientes. Se realiza en unidades especializadas monitorizando la función anorrectal mediante el registro de presiones (manometría) o la actividad eléctrica (electromiografía de superficie).

Papel del médico de familia

El papel del médico de familia en el manejo de la disfunción defecatoria es limitado, dado que no posee herramientas para el diagnóstico ni para el tratamiento. En cambio, en el diagnóstico de estreñimiento crónico funcional y en las primeras pautas terapéuticas su actuación es decisiva.

Ante un paciente con estreñimiento crónico, el médico de cabecera podrá rea-

lizar los estudios necesarios para descartar un trastorno secundario, con especial atención al cribado de neoplasias de colon. Una vez diagnosticado al paciente como estreñido funcional, iniciará un «ensayo» terapéutico corrigiendo los hábitos higiénico-dietéticos y defecatorios (ingesta hídrica, fibra dietética y suplementos de fibra, ejercicio físico, postura defecatoria adecuada, horarios programados evitando inhibir la defecación), así como prescribiendo laxantes (tipo fibra o laxantes osmóticos suaves, como la lactulosa o el lactitol) durante 4-6 semanas. Si la respuesta es satisfactoria, se mantendrá esta pauta de forma indefinida. Si tras el tratamiento no se produce respuesta, el paciente deberá ser remitido a una unidad especializada (unidad de motilidad) para completar el estudio, subclasificar el tipo de ECF y aplicar el tratamiento específico.

En el algoritmo de la figura 2 se expone sintéticamente cómo proceder ante un paciente con estreñimiento crónico.

Dolor anorrectal funcional

Existen dos tipos de dolor anorrectal funcional. La proctalgia crónica funcional y la proctalgia *fugax*. Ambos, por definición, no tienen causa orgánica ni metabólica conocida por lo que es requisito imprescindible descartar cualquier patología rectoanal identificable



Figura 2. Abordaje de un paciente con estreñimiento crónico

(isquemia, enfermedad inflamatoria intestinal, criptitis, absceso, fisura, hemorroides, prostatitis, cogcigodinia, etc.) para llegar al diagnóstico.

Proctalgia crónica funcional

Podemos diferenciar dos tipos de proctalgia: el «síndrome del elevador del ano» y la «proctalgia crónica inespecífica». Los síntomas que caracterizan ambos subtipos son comunes: dolor o sensación de escozor crónico o recurrente rectal de una duración mínima de 20 minutos. Sin embargo, la exploración física difiere sustancialmente; en concreto, en el síndrome del elevador del ano la tracción mediante tacto rectal de la lazada del puborrectal resulta intensamente dolorosa.

Ambos tipos de dolor, habitualmente incapacitantes y difíciles de tratar, se asocian a menudo a trastornos de ansiedad. El paciente suele describir las molestias de forma poco precisa. En general, siente una sensación de presión continua en el ano o en el recto que aumenta al sentarse o tras la defecación y que le genera un estado de incomodidad tal que le dificulta hacer una vida normal.

De etiología desconocida, se sospecha que la causa puede estar relacionada con una contractura mantenida de los músculos del suelo pélvico.

Aunque se han descrito múltiples tratamientos (estimulación electrogalvánica, relajantes musculares, masaje digital de la zona dolorosa, *biofeedback*, baños de asiento, neuromodulación sacra, ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, infiltración de corticoides de liberación prolongada en la zona dolorosa...), los resultados son poco valorables, debido sobre todo a la metodología no comparativa de los estudios. En la práctica clínica se individualiza el tratamiento asociando cualquier medida con una pauta analgésica «general» (pirazolonas, paracetamol, tramadol, gabapentina, etc.).

Proctalgia «fugax»

Se define como un dolor anal o rectal bajo intenso, de aparición súbita, que se describe en ocasiones como una «con-

tractura invalidante», de pocos segundos o minutos de duración, que cede totalmente de forma espontánea, quedando el paciente asintomático entre crisis. Los episodios son infrecuentes (1 vez al mes o menos) y generalmente de aparición nocturna. Lo presenta el 8-18% de la población general, no hay predominancia de un sexo sobre otro y rara vez aparece antes de la pubertad. Se asocia a trastornos de ansiedad y otros problemas psiquiátricos. De etiología desconocida, se ha relacionado con una contractura intensa del esfínter anal interno.

Es muy difícil de tratar, e incluso de prevenir, debido a su escasa duración y a la infrecuencia con que se presenta. Sin embargo, hay medidas generales que consiguen aliviar o disminuir la duración del episodio, fundamentalmente la realización de maniobras encaminadas a la relajación del esfínter contraído: baños de asiento con agua tibia, realizar en la taza del retrete maniobras de defecación, masaje digital anal, etc. Desde el punto de vista farmacológico, se han utilizado benzodiazepinas, salbutamol inhalado y la aplicación de pomadas de nitroglicerina o antagonistas del calcio en el ano.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- Es imprescindible aplicar los criterios diagnósticos de consenso para poder diagnosticar la patología funcional anorrectal.
- Ante un cuadro de incontinencia anal funcional, debe iniciarse de forma inmediata un tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y conductuales, así como con loperamida y/o fibra en caso de diarrea. Si no hay respuesta o la incontinencia es grave, el paciente debe ser remitido a una consulta especializada. En general, los pacientes encamados o con alteraciones de la capacidad cognitiva grave han de ser tratados con medidas conservadoras, sin que sea necesario realizarles estudios de función anorrectal.
- Todos los pacientes con estreñimiento crónico funcional deben tratarse con medidas higiénico-dietéticas y laxantes. Únicamente los pacientes que no presenten mejoría alguna tras un tratamiento cumplimentado de 4-6 semanas deberán ser remitidos al especialista de digestivo.
- Los pacientes con disfunción defecatoria por disinergia del suelo pélvico o déficit de propulsión únicamente pueden ser tratados en unidades especializadas en la atención de patologías funcionales intestinales.
- Ante un paciente con dolor anal crónico, la primera medida es descartar una causa orgánica, para lo cual pueden bastar la anamnesis y la exploración anorrectal. Si se considera que es un dolor funcional, puede iniciarse tratamiento con medidas higiénico-dietéticas y fármacos. Si existen dudas o no se produce respuesta, el paciente será remitido al especialista.

Papel del médico de familia

Por definición, para establecer el diagnóstico de estos dos tipos de dolor anal funcional, deben excluirse otras patologías. Normalmente para la exclusión de éstas suele ser suficiente con una adecuada anamnesis y exploración física (inspección anal y tacto rectal), metodología al alcance del médico de familia. Una vez diagnosticados los subtipos de dolor, además de explicar al paciente el carácter benigno y funcional de su patología, el médico instaurará medidas generales enfocadas a relajar el periné (baños de asiento, masaje anal...) y analgésicos generales. En caso de no obtener ninguna mejoría, remitirá al paciente al digestólogo. ■

Bibliografía

- Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130: 1.510-1.518.
- Bharucha AE, Trabuco E. Functional and chronic anorectal and pelvic pain disorders. *Gastroenterol Clin North Am*. 2008; 37(3): 685-696.
- Minguez M, Sanchiz V. Enfermedad rectoanal benigna. En: Ponce J, Carballo F, Gomollón F, Martín de Argila C, Minguez M. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas, 2.ª ed. Barcelona: Doyma, 2006; 339-350.