



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN  
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN MÉDICA  
Cochabamba – Bolivia

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL FECALOMA EN  
EL  
INSTITUTO GASTROENTEROLÓGICO BOLIVIANO  
JAPONÉS



(ENERO 1996 – DICIEMBRE 2000)

Autor: Dra. Karina Cartagena P.

Tutor: Dr. Franco Ibarra G.

Cochabamba, febrero 2002

# INDICE

**INDICE DE MATERIAS**

**INDICE DE CUADROS**

Pag 1

INTRODUCCIÓN

Pag 3

**RESUMEN**

OBJETIVOS

Pag 7

**TEXTO**

RESULTADOS

Pag 9

**BIBLIOGRAFÍA**

DISCUSIÓN

Pag 12

CONCLUSIONES

Pag 13

BIBLIOGRAFÍA

Pag 14

## RESUMEN

El fecaloma se puede definir como una masa o coleccion de heces endurecidas o parecidas al cemento, que resultan de la retención prolongada y la acumulación de heces en el recto y sigmoides.

Las causas en nuestro medio son malos hábitos de defecación, generalmente asociado a enfermedad de Chagas.

**RESUMEN.....Pag 1**

Las manifestaciones clínicas son falta de eliminación de heces y distensión abdominal, a veces dolor, vómitos y falta de eliminación de gases.

**INTRODUCCIÓN.....Pag 3**

Se revisaron 133 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de interacción de fecaloma, desde enero de 1996 a diciembre del 2000 en el I.G.B.J de Cbba.81

**OBJETIVOS.....Pag 7**

El grupo etario de mayor frecuencia es entre 61 a 70 años, con 28 (21 %), seguidos de 51 a 60 años con 27 (20 %), de 71 y 80 años con 22 (17 %), de 41 y 50 años 20 (15 %), en mayores de 80 años 15 (11 %), menores de 30 años 14 (11%) y en menor proporción entre 31 y 40 años con 7 casos (5 %).

**RESULTADOS.....Pag 9**

**DISCUSIÓN.....Pag 12**

Procedentes del área rural 56 pacientes (42.1%), área urbana 47(35.3%) y área peri urbana 30 pacientes (22.6%).

**CONCLUSIONES.....Pag 13**

una semana de evolución 52 pacientes (39.1 %), entre una y dos semanas 50 ( 37.6%), entre 3 a 4 semanas 21

**BIBLIOGRAFÍA.....Pag 14**

Presentaron recurrencia de la patología 44 (33%) pacientes y sin recurrencia 69 (67%) pacientes.

## RESUMEN

El fecaloma se puede definir como una masa o colección de heces endurecidas o parecidas al cemento, que resultan de la retención prolongada y la acumulación de material fecal, generalmente en el recto y sigmoides.

Las causas en nuestro medio son malos hábitos de defecación, generalmente megacolon asociado a enfermedad de Chagas.

Las manifestaciones clínicas son falta de eliminación de heces y distensión abdominal, a veces dolor, vómitos y falta de eliminación de gases.

Se revisaron 133 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de interacción de fecaloma, desde enero de 1996 a diciembre del 2000 en el I.G.B.J de Cbba. 81 pacientes del sexo femenino (61 %) y 52 pacientes (39 %) del sexo masculino.

El grupo etareo de mayor frecuencia es entre 61 a 70 años, con 28 (21 %), seguidos de 51 a 60 años con 27 (20 %), de 71 y 80 años con 22 (17 %), de 41 y 50 años 20 (15 %), en mayores de 80 años 15 (11.%) , menores de 30 años 14 (11%) y en menor proporción entre 31 y 40 años con 7 casos (5 %).

Procedentes del área rural 56 pacientes (42.1%), área urbana 47(35.3%) y área peri urbana 30 pacientes (22.6%).

Acudieron por falta de eliminación de heces menor a una semana de evolución 52 pacientes (39.1 %), entre una y dos semanas 50 ( 37.6%), entre 3 a 4 semanas 21 pacientes (15.8%) y mayor a un mes 10 (7.5 %) pacientes.

Presentaron recurrencia de la patología 44 (33%) pacientes y sin recurrencia 89 (67%) pacientes.

Presentaron diagnóstico establecido de Megacolon 106 (79.7%) , entre ellos se observo a 15 pacientes asociado a cardiopatía Chagásica y en 27 pacientes (20.3%) Fecaloma debido a otras patologías como hemorroides, hemiplejia y secuelas por ACV , hernias abdominales, enfermedad de Parkinson, Diabetes, etc El tratamiento medico realizado mediante proctoclasia, mas extracción digital , enemas evacuantes y lubricantes intestinales fue favorable en 125 pacientes (94%), no realizando la misma en aquellos pacientes que ingresaron con diagnóstico de Fecaloma Obstructivo 8 (6%), los mismos que ingresaron a cirugía de emergencia.

El tratamiento quirúrgico realizado de emergencia fue en 8 pacientes (6%) en los que se empleo la técnica de Hartman (Cirugía en 2 tiempos) y cirugía electiva en 13 pacientes (9.8%) mediante la rectosigmoidectomia y coloproctostomía termino terminal en un solo tiempo.

Se observo mortalidad en 2 pacientes (1.5 %), los mismos que ingresaron a cirugía de emergencia, además de padecer patologías sobre agregadas.

El diagnóstico histopatológico de los pacientes sometidos a cirugía de emergencia y electiva del, 21 pacientes (15.8 %), reporto, Fibrosis y/o ausencia del plexo mienterico y megacolon .

## INTRODUCCIÓN

El fecaloma se puede definir como una masa o colección de material fecal en el intestino grueso, de consistencia variable desde blanda, pastosa a dura o pétreo, (por la deshidratación aumenta la consistencia), aglutinados por mucus y material fecal mas blando, que resiste a las fuerzas naturales de expulsión moldeadas por las contracciones intestinales y que causan una obstrucción parcial o total .

Ocurre con mayor frecuencia con el recto (98 %) . Ocasionalmente y dependiendo de su tamaño pueden quedar impactados en el sigmoides (Fecaloma suspendido).

En nuestro medio ocurre generalmente por megacolon debido a enfermedad de Chagas, se debe también a las alteraciones de los hábitos intestinales y/o alimentarios, por la falta de preocupación en pacientes postrados por traumatismos, lesiones de la medula espinal, diabetes, insuficiencia renal crónica, fibrosis mística, enfermedad anal dolorosa como fisuras, hemorroides, estrechez y cáncer. La deshidratación crónica, las alteraciones del estado mental, en especial en pacientes internos en hospitales. Los narcóticos, anticolinérgicos, antihipertensivos, compuestos que contienen aluminio como sucralfato y antiácidos, y los laxantes formadores de volumen sin suficiente hidratación, también predisponen a la impactación y acumulación de las deposiciones hasta la formación del fecaloma .

Rara vez es necesario el tratamiento quirúrgico y esto ocurre en fecalomas obstructivos debiendo realizarse una sigmoidectomía con el fecaloma incluido y

El diagnóstico se realiza por la clínica, caracterizado por periodos prolongados sin defecar, dolor rectal intenso y cólicos abdominales y sensación permanente de pujo doloroso, sensación de plenitud pos prandial, paso de liquido fecal filtrado "diarrea " y por el examen físico, especialmente el tacto rectal o la rectoscopia, el signo de Godet, el signo de Gersuny, el signo de Finochietto . En algunas oportunidades, especialmente cuando son grandes y suspendidos pueden diagnosticarse por masa abdominal hipogástrica y en la fosa iliaca izquierda. Otra característica del fecaloma rectal es la incontinencia porque produce dilatación permanente del esfínter interno.

También nos ayuda con el diagnóstico generalmente la radiografía abdominal, donde se observa asa sigmoidea distendida (megasigmoides) y la imagen en "miga de pan" característica de las heces.

El tratamiento medico habitual dependiendo del tamaño y tiempo de evolución es, mediante el uso de laxantes, enemas evacuantes o ambos. En fecalomas de mayor tamaño y mayor tiempo de evolución, generalmente se requiere de proctoclisis ( goteo de sustancias capaces de disolver o disgregar la materia fecal endurecida, lentamente a través de una sonda rectal como 200 cc de vaselina líquida posteriormente 800 cc de agua a goteo continuo hasta que provoque sensación de defecación) posterior a la proctoclisis se realiza extracción digital del fecaloma.

Rara vez es necesario el tratamiento quirúrgico y esto ocurre en fecalomas obstructivos debiendo realizarse una sigmoidectomia con el fecaloma incluido y

colostomía mas cierre del muñón rectal. El fecaloma obstructivo es indicación de cirugía.

Otro aspecto importante de destacar en el megacolon, es la frecuencia con que se manifiesta inicialmente con sus complicaciones, o sea el volvulo de sigmoides y el fecaloma. La dilatación observada se produce principalmente en el colon sigmoides y en el recto. En este nivel se observa espesamiento de la pared intestinal por hipertrofia de las capas musculares. Puede haber ulceraciones por acción traumática de las materias fecales endurecidas. Desde el punto de vista microscopico se observan alteraciones similares a las del esófago, o sea disminución acentuada del numero de neuronas y presencia de focos inflamatorios en la capa muscular. También existen alteraciones manométricas de la motilidad, así como hiperreactividad a los colinérgicos como fueron descritas por Habr-Gama, Moreira y Meneghelli.

El síntoma principal del megacolon chagásico es la constipación intestinal, de instalación lenta y progresiva, siendo mas de 20 días en la tercera parte de los pacientes. No obstante alrededor del 25 % de los pacientes con megacolon en el examen radiológico, tiene un ritmo intestinal dentro de los límites considerados normales.( hasta una evacuación cada 2 días).

Otro síntoma común es el meteorismo, con distensión abdominal y timpanismo que puede ser generalizado.

La disquesia que consiste en la dificultad para evacuar, exigiendo un gran esfuerzo de la musculatura abdominal para el desprendimiento del bolo fecal, aun en presencia de heces de consistencia normal, es también una manifestación frecuente y característica.

El aumento de la putrefacción intestinal, puede dar lugar a halitosis, anorexia, palidez y astenia.

Con la suspensión de sulfato de bario se puede apreciar con facilidad el aumento del diámetro del colon sigmoides. También es posible encontrar alargamiento del mismo (dolicocolon), con o sin dilatación.

Existen elementos que permiten sospechar que el dolicocolon sin dilatación podría ser un primer paso en el desarrollo del megacolon, desde que se ha observado con mas frecuencia en pacientes Chagasicos.

La preparación intestinal previo al estudio radiológico es importante para la diferenciación de neoplasias y obstrucciones mecánicas.

El tratamiento del megacolon puede ser clínico o quirúrgico.

- 3.- Conocer la procedencia de los pacientes.
- 5.- Conocer el índice de recurrencia.
- 6.- Determinar cuantos son megacolon u otras causas.
- 7.- Saber el porcentaje de procedimientos quirúrgicos.
- 8.- Conocer la incidencia de la Mortalidad.