

## SÍNDROME DEL DESCENSO DE PERINÉ (\*)

Dres.: Fermín Palma <sup>(1)</sup>

Ana Serrano <sup>(2)</sup>

José L. G. Álvarez de Luna <sup>(2)</sup>

G. Martínez Gallego <sup>(2)</sup>

J. Jiménez Anula <sup>(2)</sup>

Si ponemos atención en un grupo de pacientes de predominio femenino que cursan con alteraciones de la defecación y que refieren iterativos esfuerzos durante la exoneración, manifestando que pese a la violencia que se hacen, algún bolo fecal le obstruye el recto con dolor perineal variable, y con historia, previa de estreñimiento y abuso de laxantes, caeremos en la cuenta en el proceso que Parks<sup>1</sup> con gran sagacidad describió en 1966, al referirse al conjunto sintomático que componen el síndrome que denominó «descenso perineal».

Unos simples datos anatómicos nos hará comprender fácilmente el descenso del suelo pélvico: La parte superior del conducto anal se sitúa normalmente sobre la línea que une el borde inferior de la sínfisis pubiana y el extremo o vértice del coccix, lo que equivale a que el conducto anal se encuentra por debajo de esta línea. Durante el esfuerzo de la defecación el conducto anal no suele descender más de 2 cm. De otro lado, la posición normal del orificio anal se muestra a nivel de la línea que une las tuberosidades isquiáticas (en la posición de la talla y siguiendo la silueta pélvica entre las dos nalgas), por lo que este grupo de pacientes con desórdenes del suelo pélvico tienen un descenso anormal del periné, apareciendo a la simple inspección tras el esfuerzo, protrusado.

---

(•) Las defecografías han sido obtenidas personalmente por el Dr. Gabriel Arroyo, Jefe del Servicio de Radiología a quien testimoniamos nuestra gratitud.

(1) Jefe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo. Centro Hospitalario «Princesa de España». Jaén.

(2) Médicos Adjuntos Servicio de Cirugía y Ap. Digestivo.

La incidencia de esta eventración del diafragma pélvico en la población general es desconocido, pero es un hallazgo muy frecuente entre los pacientes que acuden a los servicios de coloproctología. Es más común en la mujer y puede manifestarse en cualquier edad, siendo rara antes de la tercera década.

La mayoría de los pacientes admiten que hacen grandes esfuerzos en la defecación. El esfuerzo continuado y complementado o favorecido por el incremento de la presión intraabdominal, transmitida a través de la pared anterior del recto, hace que la mucosa se prolapse dentro. El prolapso anterior de la mucosa «anterior mucosal prolapse» es sentida por el paciente como una evacuación incompleta del intestino, a la cual el paciente querrá o quiere responder con esfuerzos mantenidos y violentos. Así, de este modo, se constituye un círculo vicioso.

Shafik<sup>2</sup> estima que la atrofia muscular y el esfuerzo desplaza en sentido caudal el plato del músculo elevador (\*) con subluxación del ligamento hiatal y del suspensorio ocluyendo el cuello rectal, por lo que este autor propone un ingenioso método de corrección, de este proceso aplicable, además, al tratamiento del prolapso.

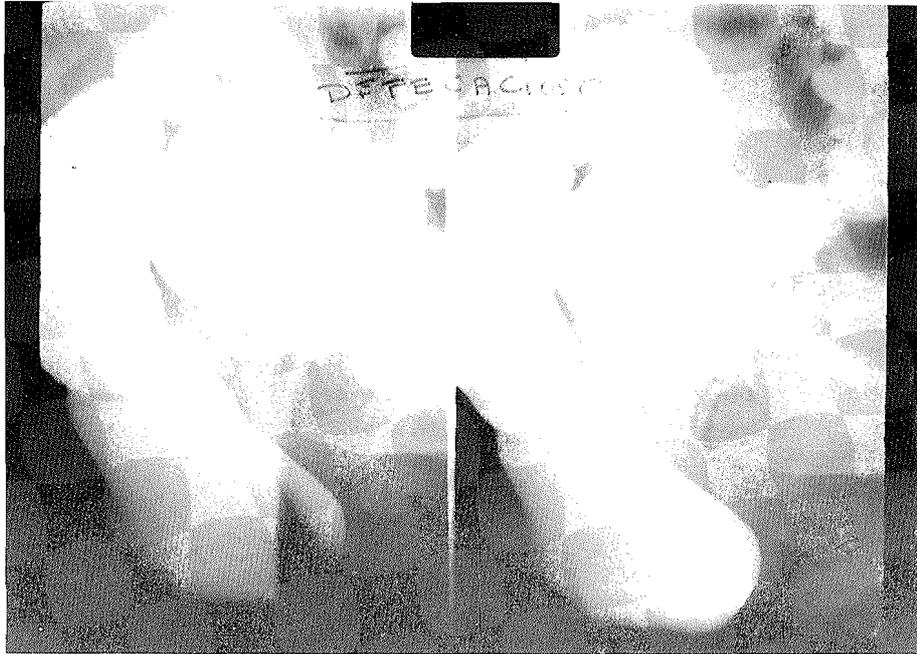
Cuando las presiones son medidas en estos pacientes, aparecen reducidas. Esta disminución de la presión afecta tanto a la presión de reposo en el canal anal, como en el normal incremento de la presión durante la contracción voluntaria.

Cuando el suelo pélvico desciende, el nervio pudendo y sus ramas, que inervan el esfínter externo y el elevador del ano, son distentidas, apareciendo una neuropatía. La función nerviosa, neurológica, puede quedar seriamente afectada por esta «distensión forzada» y esto puede ser la causa de un esfínter externo laxo y un dolor perineal en la experiencia de estos pacientes. Los potenciales electromiográficos registran, desde el esfínter externo durante el tenso esfuerzo, una inhibición rápida en el paciente con suelo pélvico descendido.

Los pacientes con eventración del diafragma pélvico usualmente manifiestan una sensación de incompleta evacuación, asociada con constante deseo de evacuar y pueden expulsar moco y sangre. Repetidos esfuerzos de defecación es el principal hecho y esto puede ser acompañado por manifiesto prolapso mucoso (endoscopia) o prolapso hemorroidal. En casos avanzados, incontinencia fecal (variados grados) y constante dolor perineal.

---

(\*) «Levator dysfunction syndrome».



*Fig. 1:* Rectocele anterior y síndrome del periné descendido.



*Fig. 2:* Periné descendido. Horizontalización del recto. Rectocele posterior.

El periné puede ser observado caído, al menos 1 cm. por debajo de la silueta externa de la pelvis en reposo. Alternativamente esto puede caer en la posición normal en reposo, pero desciende más de 2 cm. cuando el paciente es invitado a hacer el esfuerzo o aguantar como si defecara. Puede en ese momento haber prolapso de mucosa o de hemorroides por ano.

El examen digital revela usualmente un reducido tono del esfínter en reposo con una correspondiente respuesta sobre de presión tras una voluntaria contracción sobre el dedo que examina. Aprecia igualmente un acortamiento del conducto anal. El asa puborrectal está relajada y al esfuerzo es difícil, a veces, advertirla al tacto. Al pedir al paciente que haga esfuerzos de defecación se puede notar cómo la pared desciende sobre el dedo que tacta.

La proctoscopia puede demostrar el prolapso anterior de la mucosa rectal. Ocasionalmente, una úlcera solitaria del recto puede ser observada por simoidoscopia.

El proctograma estático y el dinámico o defecografía, está indicado en pacientes con desórdenes de la continencia o de la defecación, en tanto previas exploraciones no habían explicado la causa de estos desórdenes.

Con este proceder se puede hacer el diagnóstico en el 80% de los casos, al observar la función del recto y de la musculatura pelviana en reposo durante la contracción de los esfínteres y tras la defecación. (Figs. 1 y 2).

También está indicada la defecografía en anomalías de la pared anterior rectal: prolapso, colitis quística profunda, úlcera solitaria rectal, para conocer el estado funcional de la musculatura del suelo pélvico y en las incontinencias. La exploración se realiza en decúbito lateral izquierdo y luego en posición lateral sentado sobre un reservorio o bacín transparente a los rayos X para la fase del esfuerzo y defecación. El ángulo anorrectal, que normalmente tiene unos 90°, en estos casos de descenso de periné se observa que se abre hasta los 180°, no modificándose durante la contracción muscular y observándose un descenso de la ampolla rectal por debajo de la línea pubo-coccígea.

El tratamiento de esta alteración anatómica y funcional del diafragma pélvico tiene dos fases. Girona<sup>(3)</sup> ha estudiado este proceso muy bien y continúa investigándolo y propone, en los casos leves, sin descenso acentuado de la pared rectal anterior y que no sean pacientes que se practican manipulación digital y (en ocasiones se introducen el dedo, o instrumentos a fin de facilitar la defecación o de extraerse heces. Otras veces se comprimen alternativamente las nalgas e incluso maniobras más complejas) una escleroterapia en abanico alta y repetida que permite mejorar las emisiones de moco y

de sangre. Estas medidas la asocia a las dietéticas y, en caso de hipotonía de esfínteres, con faradización y «biofeedback».

En otras ocasiones, el mismo autor, en pacientes con rectorragias y moco en mayor cantidad, y si son jóvenes con prolapso mucoso anterior, practica mucosectomía transanal ampliada de la cara anterior rectal.

En los casos acentuados de DPS con descenso del diafragma pélvico de más de 6 cm. por debajo de la línea pubo-coccigea, con maniobras digitales y con descenso del Douglas realiza una rectopexia con prótesis, unas veces de Dexon, otras de Ivalon entre el recto y el sacro y también entre el recto y la pared posterior de la vagina más un método original que consiste en una suspensión de la pared rectal anterior con los ligamentos redondos, consiguiendo fijación y reduciendo el fondo de saco de Douglas.

Finalmente, aportación impresionante al estudio del suelo pélvico es la obra de Henry y Swash<sup>(4)</sup>, que han dedicado su obra a la insigne figura de su maestro el prestigioso cirujano e incansable investigador Sir Alan Parks, de grata memoria.



Fig. 3: Defecopatía en reposo.



Fig. 4: Tras el esfuerzo, descenso del periné y rectocele anterior.



Fig. 5: Rectocele anterior muy pronunciado durante la defecación en el descenso del periné.

### BIBLIOGRAFIA

1. PARKS, A.G.; PORTER, N.H. y HARDCASTLE, J.D.: «The syndrome of the descending perineum». Proceedings of the Royal Society of Medicine. 59: 477-82, 1966.
2. SHAFIK, A.: «A new concept of the Anatomy of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation. VII. Levatorhiatus and tunnel. Anatomy and function. Dis. Col. Rect.; 22, 559, 1979.
3. GIRONA, J.: «El síndrome del descenso perineal» (DPS). II Reunión Conjunta Asociación Española de Coloproctología-Royal Society of Medicine (Section of Coloproctology). Barcelona. 3, 4 y 5. Junio 1985.
4. HENRY, M.M. y SWASH, M.: Coloproctology and the Pelvic Floor. Butterworths London. 1985.