

INFORMACIÓN SOBRE LA CECOPEXIA

Desde hace varios meses, cuando conocí la existencia del forosii , me he interesado en conocer vuestros problemas, dudas e inquietudes , relativos al **síndrome del intestino irritable, colon irritable**, o con la denominación que se considere oportuna, por cuanto en la comunidad científica no existe aún unanimidad en su definición , suficientemente aceptada para la enfermedad de la que hablamos. Por este motivo he navegado en el **forosii** en muchas ocasiones.

Al inicio del verano del 2006 ,habiéndome entrevistado una vez más con MACU, le prometí escribir en el foro , diversa información para contribuir con la mejor intención, a esclarecer en la medida de lo posible lo que la **cecopexia** puede aportar a la solución del **SII** y sus problemas concomitantes. Espero que lo que relato sea útil para muchos de vosotros. Este escrito procuro hacerlo con un lenguaje comprensible para todos ,y no pretende ser nada más que una nota informativa.

LA CECOPEXIA

Es una intervención quirúrgica de escasa magnitud , que consiste en colocar el ciego móvil o descendido, en su situación natural para solucionar el **SII o COLON IRRITABLE** , cuyas características explicaré más adelante.

LA ENFERMEDAD

Síndrome del intestino irritable, colon irritable, colon espástico, IBS (intestinal bowel syndrome) con manifestaciones de estreñimiento (constipación) , diarrea, alternancia de ambos, malestar abdominal (disconfort abdominal) , gases (meteorismo) difíciles de expulsar, con hinchazón del abdomen, dolor abdominal, y otros síntomas asociados que más adelante consideraremos.

No tiene una base conocida y en diversas reuniones de científicos de todo el mundo, se han elaborado por consenso los llamados criterios de Roma I y II , para intentar acordar como calificar y clasificar los trastornos funcionales del aparato digestivo, entre ellos, el **SII o CI (colon irritable)**

Se admite que se trata de un problema funcional , una vez descartados los problemas orgánicos (enfermedades demostrables de muy diversa índole) mediante la realización de múltiples pruebas diagnósticas.

El problema se atribuye a un mal funcionamiento del aparato digestivo que puede tener su origen en el cerebro, la médula espinal o en el sistema nervioso autónomo intestinal que regula sus diversas funciones (segundo cerebro) o en la interacción inadecuada entre ellos, íntimamente relacionada.

La realidad resultante, es que el intestino, no logra tener un funcionamiento adecuado.

Las contracciones del intestino, especialmente del colon , responsable del transporte de su contenido, así como de otras funciones , no resultan suficientemente efectivas, por ser escasas o todo lo contrario, y ello se debe a que su funcionamiento no es correcto (por decirlo de un manera sencilla) ya que los múltiples factores que intervienen en el mismo , no se hallan debidamente coordinados por diversos motivos, y resultan poco o nada efectivos , y esto por la ausencia, disminución, inactivación, o exceso de presencia de diversas sustancias que intervienen en el proceso bioquímico de su regulación, dando lugar a la aparición de síntomas diversos como estreñimiento, diarrea, alternancia de ambos, y muchos otros que consideraré mas adelante.

En los casos en los que se demuestre una causa orgánica, la situación es diferente y requerirá un tratamiento específico.

Se trata de una amplia y compleja sucesión de procesos fisiológicos cuya relación resulta aún hoy, difícil de explicar, porque los mecanismos de la motilidad (movilidad) del intestino no se conocen completamente.

La investigación no ha concluido y por supuesto, es incesante en todos sus aspectos.

Se trata de un problema muy serio, que conocen bien quienes lo padecen, en muchas ocasiones invalidante, o que provoca importantes limitaciones al desarrollo de una vida normal en muchos aspectos.

LOS SÍNTOMAS

(FRECUENTES)

- Dolor abdominal, frecuentemente de tipo cólico (retortijones)
- Estreñimiento (constipación), dificultad manifiesta en la defecación.
- Esfuerzo para defecar
- Diarrea
- Alternancia de ambos síntomas
- Malestar abdominal persistente, sin estreñimiento o diarrea manifiestos.
- Existencia excesiva de gases con hinchazón abdominal y dificultad para eliminarlos.
- Cefalea (dolor de cabeza) frecuente y de causa no determinada.
- Caída del cabello más abundante de lo normal.
- Digestiones pesadas o lentas.
- Dolor en la parte baja del abdomen, predominantemente derecha
- Dolor en la zona lumbar derecha
- Frialdad en manos y pies.
- Insomnio (dificultad para dormir)
- Sensación de cansancio (fatiga)
- Reglas abundantes y dolorosas
- Dispareunia (dolor en las relaciones sexuales en las mujeres)
- Alergias e intolerancias alimentarias por problemas de la absorción intestinal
- Trastornos del humor por las molestias padecidas, o por las limitaciones para una vida normal, que pueden afectar a las relaciones con el entorno.

Se estima que un tercio de los casos cursan con estreñimiento, otro tercio con diarrea, y otro con alternancia de ambos. También hay que considerar los casos menos claros, con dolor abdominal, gases, etc. sin evidente existencia de estreñimiento o diarrea, y con algunos de los síntomas asociados ya señalados.

Muchas de estas circunstancias provocan problemas de baja laboral, dificultades para el desarrollo de una vida corriente y de relación con los demás, así como disminución de la autoestima por sentirse “discapacitados” para una actividad normal a la que se llega a temer (por ejemplo, no disponer de WC cercano) y un elevadísimo coste en medicamentos y visitas médicas.

EL DIAGNÓSTICO

Debido a la complejidad del problema, este se realiza por **exclusión** de otros demostrables.

Esto significa que si múltiples pruebas no detectan problemas orgánicos, se diagnostica una **enfermedad funcional** (cuya existencia, algunos no reconocen por considerarla de origen psíquico, exclusivamente, o simplemente, una enfermedad “fantasma”).

Las pruebas más comunes son por ejemplo, estudios radiológicos o endoscópicos de esófago, estómago y duodeno, intestino delgado, intestino grueso (colon), colonoscopia (visualización del interior del intestino grueso mediante endoscopia), investigación de sangre en las heces, coprocultivo (investigación de bacterias, hongos y parásitos en las heces, con especial descarte de candidiasis intestinal y giardiasis, entre otros, que pueden dar síntomas similares a los del **sii**), manometrías, y otras que pueden ser aconsejadas, según el criterio del especialista. Todas ellas, si están indicadas, pueden contribuir a aclarar el problema. Considero que de acuerdo a la información obtenida por la historia clínica de cada caso, la elección de las pruebas a realizar debe ser personalizada.

En mi experiencia personal, prefiero realizar un “enema opaco”, radiografías del intestino grueso mediante la administración vía anal de una sustancia que permite detectar las posibles enfermedades de esta parte del intestino, pero “especificando que cuando el ciego sea visible durante la prueba, se realicen radiografías estando el paciente acostado y de pie, es decir en términos técnicos, en decúbito y en bipedestación lo que el radiólogo comprenderá perfectamente. Si la prueba no se realiza en estas condiciones, es muy posible que resulte insuficiente para el diagnóstico del ciego móvil.

LOS TRATAMIENTOS

Al desconocerse la causa real de la enfermedad (que puede ser múltiple) los tratamientos que se aplican están dirigidos a tratar los síntomas, pero no a resolver el problema (asúmelo y aprende a vivir con él , se suele decir).

A esto se agregan diversas terapias (tratamientos) que considerando que se trata de un problema psicológico o psiquiátrico, intentan contribuir con mayor o menor resultado a su solución. De todo esto encontraréis mucha información en el foro por las referencias de muchos participantes, por lo tanto, no las consideraré. Son muy diversos,

Es cierto que la asociación de trastornos psicológicos o psiquiátricos existe en el **SII** (especialmente depresión o ansiedad) pero al menos en muchos casos, no es posible determinar si son la causa o la consecuencia del problema. Cualquier forma de ayuda es bienvenida si resulta efectiva.

NOTA : En todo lo expresado anteriormente, no he querido extenderme , por cuanto disponéis de amplia información en el propio foro o en sus links.

LA CECOPEXIA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RESOLUTIVO EN MUCHOS CASOS

Cecopexia es un término que deriva de “ ceco “ (ciego) y de “ pexia “(subir y fijar) . Es decir , colocar el ciego descendido en su posición natural .

Los cirujanos que conocemos y estudiamos el problema , con larga experiencia, sabemos que al menos en muchísimos casos, este está motivado por una situación anatómica anormal del ciego, parte inicial del intestino grueso (colon) que se halla descendido en distinto grado, incluso hasta el fondo de la cavidad abdominal .

Sabemos por esa misma experiencia , que la enfermedad deriva en muchísimas ocasiones de **UN PROBLEMA “ ANATÓMICO “ (CIEGO MÓVIL) QUE PROVOCA MÚLTIPLES PROBLEMAS FUNCIONALES DEL INTESTINO Y DEL ORGANISMO EN GENERAL .**

En nuestra amplia práctica sabemos que cuando existe un ciego móvil (descendido de su posición natural), si lo colocamos y fijamos en su posición adecuada, todos los problemas , o casi todos, se resuelven definitivamente, mediante una intervención quirúrgica de escasa magnitud.

Hace ya 100 años, un destacado cirujano, comprobó que interviniendo quirúrgicamente a niños con dolor en la parte baja y derecha del abdomen, no hallaba la existencia de una supuesta apendicitis crónica (inflamación del apéndice) causante del dolor frecuente o continuo en esa zona.

Sí, encontraba la existencia de un ciego móvil (descendido de su posición normal) y la corregía colocándolo en su posición natural, notando la desaparición de los síntomas de dolor y la de otros agregados, asimilables a los de los adultos., aún desconociendo qué podría estar ocurriendo en estos casos, por falta de explicación científica en la época.

Pasaron muchas décadas en las que solo unos pocos reconocieron debidamente el valor de su experiencia y continuaron haciéndola.

Debido a que se aplicó a otras situaciones y órganos descendidos muy diferentes , realizando técnicas quirúrgicas con igual intención, pero sin el éxito esperado, y en consecuencia, con notables fracasos , esto motivó su olvido. Fueron indicaciones inadecuadas.

Recuperados en los años 70 del pasado siglo, los logros de este cirujano, algunos comprobamos e hicimos lo mismo en muchos casos, con evidente éxito, muchas veces sin explicación demostrable, al hallar situaciones similares en adultos, con mejorías tan notables como inexplicables , y con una gran satisfacción de los pacientes que encontraban resueltas sus insoportables molestias y una “ nueva vida “ para disfrutar plenamente, sin las limitaciones anteriores y con eterno agradecimiento, lo que resulta muy estimulante para seguir adelante para los que conocemos esa experiencia.

Hoy en día, como no se conocen ciertamente cuales son “todos” los factores y en que magnitud contribuye cada uno de ellos a la función intestinal, no resulta posible explicar suficientemente el origen de la enfermedad , y por la misma razón , resulta difícil explicar los motivos por los cuales la **cecopexia** resuelve el problema. Esta es una opinión personal.

Sí ,se ha comprobado que la acción del péptido intestinal vasoactivo (PIV) (VIP en inglés), mejora su actividad tras la intervención ; y tanto por su propia acción , como estimulando la del óxido nítrico, el intestino consigue tener una función más efectiva y resolutoria de los trastornos que conlleva el **SII** relajando el músculo liso de la pared intestinal, haciendo que su función se normalice.

Es muy posible que la situación del ciego en su posición natural, conlleve la modificación o mejoría de la acción de otros factores, además del PIV (hormonas, neurotransmisores, neuromoduladores) que resuelvan definitivamente la motilidad del intestino (serotonina , óxido nítrico.y una larga lista de ellos que conforman armónicamente la actividad normal del intestino). Debe tenerse en cuenta que en la actualidad, la determinación de los niveles en sangre de los diversos factores participantes, no tiene aisladamente suficiente valor diagnóstico.

La investigación de todos estos factores está en desarrollo, pero cuando la anomalía anatómica de la situación del ciego existe, la solución quirúrgica mediante la **cecopexia** está demostrada por la experiencia de los cirujanos que conocemos el problema y la

practicamos. Resulta efectiva para la solución , en un altísimo porcentaje de los casos , cercano al 97 % , según las estadísticas más amplias y recientes . Significa la primera opción terapéutica para resolverlo.

QUE ES EL CIEGO MÓVIL

Como ya he referido, el **ciego** es la parte inicial del colon (intestino grueso), donde desemboca el intestino delgado y se encuentra el apéndice. Se continúa con el colon ascendente, transverso, descendente, sigmoides, ampolla rectal y ano.

El ciego comienza su desarrollo en el estado embrionario, y aún continúa después del nacimiento hasta adquirir su forma definitiva en la fosa ilíaca derecha (parte baja y derecha del abdomen).

Tiene una cierta libertad natural de movimiento en esta etapa y también en el adulto, porque los elementos que lo fijan a la parte lateral y posterior del abdomen se lo permiten, en una pequeña extensión.

El problema del **ciego móvil** surge cuando el colon es más largo de lo habitual , se halla descendido, y los medios normales de fijación ya no son suficientes para limitar su movilidad natural . En consecuencia, esta es mucho mayor, pudiendo dar lugar a posibles rotaciones sobre su eje , provocar trastornos de la circulación sanguínea , y en limitadas ocasiones, originar un vólvulo (torsión) completo , que puede ser causa de graves complicaciones.

Esta rotación sobre su propio eje , hace que el enlentecimiento circulatorio resultante, probablemente haga que la acción de los elementos responsables de la motilidad del intestino sea anormal y provoque la insuficiencia de sus funciones, desencadenando los problemas que nos ocupan.

Si bien en muchos casos se trata de una situación ya existente desde el nacimiento, también puede ser resultante de una pérdida importante de peso , o de un embarazo que produzca alteraciones de su localización y de su movilidad , por laxitud de sus medios de fijación.

La denominada “ posición normal “ del ciego, ocurre en el 83 % de los casos (55 % en el niño y 70 % en las mujeres) según destacados e incuestionables estudiosos de la anatomía humana.,

En consecuencia, , se estima que el **ciego móvil** o descendido se encuentra en el 15 % de los hombres y en el 30 % de las mujeres, según los mismos autores.

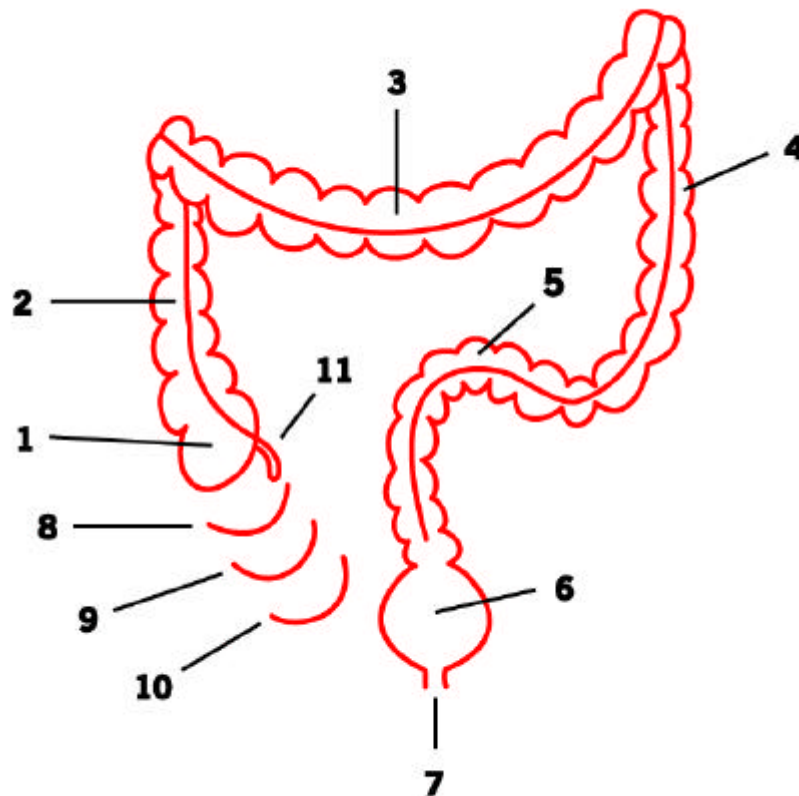
Este ciego móvil, no significa que necesariamente exista enfermedad. Puede no dar síntomas.

Llama la atención , que una proporción similar a la referida , (15 % de hombres y 30 % de mujeres) tengan **SII** , aunque no todos consulten a los especialistas , y en los que los que lo hacen , la proporción sea predominante en las mujeres, en 3 a 1 respecto

a los hombres, posiblemente debido a factores socioculturales a la hora de consultar a los especialistas.

También es posible que en su desarrollo, el colon, adquiriera posiciones muy anormales, e infrecuentes, que no consideraré por no relacionarse habitualmente con el tema que nos ocupa.

El **ciego móvil** puede tener diversos grados, según su nivel de descenso, hasta llegar a hallarse en el fondo de la pelvis (fondo de la cavidad abdominal).



REFERENCIAS DEL ESQUEMA : 1- ciego 2- colon ascendente 3- colon transversal 4- colon descendente 5- colon sigmoide 6- ampolla rectal 7- ano 8- ciego móvil grado I 9- ciego móvil grado II 10- ciego móvil grado III (fondo pélvico). 11- apéndice.

Como he dicho antes, desde hace ya 100 años, se sabe que la colocación del colon en su situación natural corrige el problema y sus consecuencias, y evita sus posibles graves complicaciones.

La **cecopexia** , consiste en una intervención quirúrgica simple y de casi nula complicación, que consiste en elevar el ciego descendido y fijarlo mediante unos pocos puntos de sutura en su situación normal (más o menos similar a una operación de apendicitis en cuanto a su magnitud e importancia).

Los resultados, normalmente positivos ,pueden notarse en uno, o pocos días , mejorando, o más corrientemente, desapareciendo los problemas derivados de su situación anormal . Los resultados definitivos suelen estimarse a los tres meses.

Una vez realizadas todas las pruebas habituales previas a cualquier intervención quirúrgica (análisis de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax, y cualquier otra que se considere conveniente) se indicará la intervención.

El paciente deberá firmar el obligatorio “ consentimiento informado “ documento por el cual se da por debidamente informado por el cirujano de los objetivos de la intervención, sus posibilidades de éxito, los riesgos y las posibles complicaciones. Esto se debe realizar ante cualquier intervención quirúrgica , aunque sea mínima .

El ingreso en la clínica se produce el mismo día de la intervención, y el alta será al día siguiente, salvo situaciones excepcionales.

Habitualmente, la anestesia es epidural (en la espalda) , acompañada de sedación para que el paciente esté más tranquilo y relajado (sin posibilidad de percibir dolor desde el abdomen hacia abajo) o bien, anestesia general . La anestesia local para esta operación ya no se suele utilizar.

La incisión (herida operatoria) en la zona del apéndice, es pequeña y se cierra con criterios de cirugía estética para obtener el mejor resultado posible, y al cabo de un tiempo , prácticamente no se nota.

Si la intervención se realiza por vía laparoscópica, es decir , mediante unas mínimas incisiones (5 y 10 mm) la recuperación es mucho más rápida, con menores molestias y una casi inmediata reintegración a la actividad habitual, pero implica un coste algo más elevado , por la utilización de aparatos de alta tecnología.

La duración de la intervención es normalmente breve, pero depende de múltiples factores, como la existencia de intervenciones abdominales previas que pudieran haber provocado adherencias entre los órganos próximos, obesidad, posibilidad de alguna enfermedad coexistente, complexión física, etc., factores todos ellos que pueden hacer la intervención más dificultosa y prolongada, lo que no es habitual, pero puede ocurrir. Todos estos factores influyen en el coste de la intervención , y en consecuencia no es adecuado en nuestro criterio, dar un precio prefijado. Cada caso es especial.

Aunque al día siguiente de la intervención cada uno pueda regresar a su domicilio, el contacto telefónico es cotidiano para dar las indicaciones pertinentes. La sutura la puede retirar cualquier médico en su lugar de residencia, una vez constatada la normalidad de la herida.

CONCLUSIÓN :

El **SII** o **COLON IRRITABLE**, en muchísimos casos puede ser debido a la existencia de este problema anatómico tan frecuente y que ocasiona los múltiples trastornos funcionales ya referidos.

La **CECOPEXIA** es el tratamiento de elección y puede “ cambiar tu vida “. Es recomendable que los pacientes que padezcan esta enfermedad realicen la prueba radiológica indicada anteriormente, al menos para saber si pueden tener esta solución.

Es válida para casos con estreñimiento , diarrea, alternancia de ambos ,y disconfort abdominal con gases y algunos de los síntomas agregados. Es decir, vale para todas las formas de **sii** , excluyendo la enfermedad inflamatoria intestinal .

NOTA: Toda la información contenida en este escrito está avalada científicamente, y cuenta con mi máxima convicción por las múltiples experiencias vividas . No doy referencias bibliográficas porque considero que no son de interés, por cuanto no está dirigida a profesionales.

Espero que la información que contiene este escrito , aunque no es más que un conjunto de notas aclaratorias , pueda ser de utilidad para todos vosotros.

Quedo a vuestra disposición , con el mejor deseo de poder ayudaros.

Reciban un cordial saludo.

DR. ROBERTO CASTRO de los SANTOS

Especialista en cirugía general

(BARCELONA)

E-MAIL : robertocastromail@msn.com

