

Abordaje fisioterapéutico de las algias anorrectales

Polyana Maria Azevêdo Alves Souza¹; Mayanna Machado Freitas²; Ana Mailén Linari³; Iane Castro Rodrigues⁴; Shiri Nasud Raed Gamez⁵; Romina Andrea Domenech⁶; Valéria Conceição Passos de Carvalho¹; Silvana Maria Macedo Uchôa¹

1: Universidad Católica de Pernambuco (UNICAP). 2: Universidad Católica de Pernambuco (UNICAP)/NUT Kinesiología. 3: Universidad Maimónides (UMAI). 4: Universidad Dom Bosco (UNDB). 5: Pelvine (Centro Especializado en Rehabilitación). 6: Hospital Universitario Austral/Presidente de la Sociedad Kinésica Argentina de Pelvipereología (SOKAP).

RESUMEN

Introducción: Las algias anorrectales forman parte del consenso de los trastornos funcionales gastrointestinales (FGIDs), ahora denominados trastornos de interacción intestino-cerebro (DGBIs). Los criterios Roma IV subcategorizan el dolor anorrectal funcional en síndrome del elevador del ano, síndrome de dolor anorrectal inespecífico y proctalgia fugaz.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de las intervenciones de fisioterapia utilizadas en el tratamiento del dolor anorrectal funcional.

Material y métodos: La búsqueda de artículos se realizó en las bases de datos Science Direct, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) a través del National Center for Biotechnology Information, Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online y SciVerse Scopus. Se excluyeron los artículos que no tuvieran tratamiento de fisioterapia como foco principal.

Resultados: De los 1947 artículos encontrados, solo 3 cumplieron los criterios de inclusión. Se reportan los siguientes abordajes terapéuticos: estimulación electrogalvánica, electroacupuntura, biofeedback, masaje digital y baños de asiento. Los pacientes tratados con fisioterapia informaron una mejoría y se destacó el biofeedback como el mejor método terapéutico. La calidad metodológica de los estudios incluidos se consideró como moderada en base al análisis de la escala de PEDro, con una puntuación media de 6.

Conclusión: El biofeedback se destacó como el mejor recurso terapéutico para las algias anorrectales. Aunque la fisioterapia pélvica es eficaz en el tratamiento de esta patología, es necesario realizar más investigaciones con un mayor tamaño muestral y mejor calidad metodológica.

Palabras clave: Dolor pélvico, Piso pélvico, Trastorno anorrectal, Proctalgia.

ABSTRACT

Introduction: Anorectal pain is part of the consensus of Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs), now called Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBIs). Roma IV criteria subcategorize functional anorectal pain in levator ani syndrome, nonspecific anorectal pain syndrome and proctalgia fugax.

Objective: To conduct a systematic review of physical therapy interventions used in the treatment of functional anorectal pain.

Material and methods: The search for articles was carried out in the Science Direct, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) databases through the National Center for Biotechnology Information, Virtual Health Library, Scientific Electronic Library Online and SciVerse Scopus. Articles that did not have physical therapy treatment as the main focus were excluded.

Results: Of the 1947 articles found, only 3 met the inclusion criteria. The following therapeutic approaches are reported: electrogalvanic stimulation, electroacupuncture, biofeedback, digital massage, and sitz baths. Patients treated with physical therapy reported improvement and biofeedback was highlighted as the best therapeutic method. The methodological quality of the included studies was considered moderate based on the PEDro scale analysis, with a mean score of 6.

Conclusion: Biofeedback stood out as the best therapeutic resource for anorectal pain. Although pelvic physiotherapy is effective in the treatment of these disorders, it is necessary to carry out more research with a larger sample size and better methodological quality.

Keywords: Pelvic pain, Pelvic floor, Anorectal disorder, Proctalgia.

INTRODUCCIÓN

Las algias anorrectales son parte del consenso de los trastornos gastrointestinales funcionales (FGIDs por su sigla en inglés), actualmente denominados trastornos de interacción intestino-cerebro (GBIDs por su sigla en inglés) definidos por los criterios de la Fundación Roma, entidad internacional que a través de un consenso de profesionales experimentados en el tema, elabora guías y proporciona información científica para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos. En 2016, hubo una actualización de los criterios de Roma III, que pasaron a ser Roma IV.¹⁻³ Según Roma IV, los dolores anorrectales funcionales se subcategorizan en: síndrome del elevador del ano, síndrome de dolor anorrectal inespecífico y proctalgia fugaz, que se diferencian según la duración del dolor, la presencia de dolor a la tracción del músculo puborrectal y la sensibilidad anorrectal.^{1,4,5}

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Mayanna Machado Freitas:** fisiomayannamachado@gmail.com
Presentado: diciembre de 2021. Aprobado: octubre de 2022

Polyana Maria Azevêdo Alves Souza: <https://orcid.org/0000-0002-7410-1731>, Mayanna Machado Freitas: <https://orcid.org/0000-0001-9029-2796>, Ana Mailén Linari: <https://orcid.org/0000-0001-7623-9024>, Iane Castro Rodrigues: <https://orcid.org/0000-0002-0703-7581>, Shiri Nasud Raed Gamez: <https://orcid.org/0000-0003-4273-9885>, Romina Andrea Domenech: <https://orcid.org/0000-0002-8311-3777>, Valeria Conceição Passos de Carvalho: <https://orcid.org/0000-0001-8314-9000>, Silvana Maria Macedo Uchôa: <https://orcid.org/0000-0002-4635-9428>

El **síndrome del elevador del ano (LAS, por Levator Ani Syndrome, su sigla en inglés)** se describe como un dolor constante o recurrente en el recto, con episodios de más de 30 min, que pueden durar horas y que suele agravarse en sedestación.^{1,4,5} Los pacientes generalmente refieren una mejoría en posición de decúbito o en bipedestación.⁶ En la exploración física se evidencian espasmos del músculo elevador del ano y sensibilidad aumentada a la palpación, más frecuente en el lado izquierdo.⁵ En general se desconoce la etiología de estos espasmos con aparición del dolor de forma espontánea y la fisiopatología está relacionada con la musculatura hipertónica.⁷ El LAS afecta aproximadamente el 6,6% de la población mundial, más de la mitad de esta población es mayor de 30 años y es más frecuente en las mujeres.^{5,6}

Por otro lado, el **síndrome de dolor anorrectal funcional inespecífico** también se considera un tipo de proctalgiya como el LAS, sin embargo, el individuo no presenta molestias dolorosas durante la tracción posterior del musculo puborrectal.⁴

La **proctalgiya fugaz (PF)** por el contrario, se define como un dolor anorrectal repentino y severo que cede rápidamente, con una duración de segundos y no mayor de 30 minutos. Recurre a intervalos irregulares y se considera una proctalgiya aguda.⁵ El dolor se manifiesta en el recto, como una especie de calambre, siendo agudo e insoportable y puede aparecer tanto de día como de noche, e incluso despertar al individuo del sueño.^{4,5} El criterio Roma IV describe que esta algia anorrectal presenta una remisión completa entre las crisis y no se relaciona con la evacuación.¹ Su fisiopatología es desconocida y tiene un carácter fugaz e incierto. Sin embargo, algunos estudios sugieren que existe compresión del nervio pudiendo y/o espasmos del esfínter anal interno.^{4,8,9} La prevalencia es del 8 al 18%, sin diferencia entre los géneros.^{2,6,8}

El objetivo del presente estudio fue realizar una revisión sistemática para identificar los tipos de intervención fisioterapéutica que se utilizan para los tratamientos de las algias anorrectales.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio está vinculado a la Universidad Católica de Pernambuco (UNICAP), Escuela de Salud y Ciencias de la Vida y al curso de Fisioterapia de la UNICAP. Es una revisión sistemática a cargo de la Prof. Master Silvana Maria Macedo Uchôa y la Master Mayanna Machado Freitas. Fue guiada por la pregunta: *¿Cuáles son los tratamientos fisioterapéuticos que se realizan en pacientes con algias anorrectales?, basada en la estrategia PICOs (Population, Intervention, Comparison, Outcome, Study Design)*¹⁰ (Tabla 1).

Tabla 1. Representación de la estrategia de búsqueda PICOs

Población: Pacientes con algias anorrectales.
Intervención: Biofeedback.
Comparación: Otras intervenciones fisioterapéuticas en las algias anorrectales.
Resultado: Abordaje fisioterapéutico utilizado para tratar pacientes con algias anorrectales.
Diseño: Ensayos clínicos.

Se consultaron descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) en idioma portugués, español, inglés y francés, combinados de la siguiente manera: “Dolor anorrectal AND Fisioterapia”, “Dolor anorrectal AND Rehabilitación”, “Dolor anorrectal AND Modalidades de Fisioterapia”, “Proctalgiya fugaz AND Fisioterapia”, “Proctalgiya fugaz AND Rehabilitación”, “Proctalgiya fugaz AND Modalidades de Fisioterapia”, “Dolor anorrectal inespecífico AND Fisioterapia”, “Dolor anorrectal inespecífico AND Rehabilitación”, “Dolor anorrectal inespecífico AND Modalidades de Fisioterapia”, “Síndrome del elevador del ano AND Fisioterapia”, “Síndrome del elevador del ano AND Rehabilitación”, “Síndrome del elevador del ano AND Modalidades de Fisioterapia”, “Algia anorrectal AND Fisioterapia”, “Algia anorrectal AND Rehabilitación”, “Algia anorrectal AND Modalidades de Fisioterapia”, “Dolor anorrectal” AND “Fisioterapia”, “Dolor anorrectal” AND “Rehabilitación”, “Dolor anorrectal AND Modalidades de Fisioterapia”, “Proctalgiya fugaz AND Fisioterapia”, “Proctalgiya fugaz AND Rehabilitación”, “Proctalgiya fugaz AND Modalidades de Fisioterapia”, “Dolor anorrectal inespecífica AND Fisioterapia”, “Dolor anorrectal inespecífico AND Rehabilitación”, “Dolor anorrectal inespecífico AND Modalidades de Fisioterapia”, “Síndrome del elevador del ano AND Fisioterapia”, “Síndrome del elevador del ano AND Rehabilitación”, “Síndrome del elevador del ano AND Modalidades de Fisioterapia”.

La búsqueda se realizó a través de las siguientes bases de datos: Science Direct, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) a través del National Center for Biotechnology Information (PubMed), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y SciVerse Scopus (Scopus). Todo el proceso de búsqueda y selección de los artículos fue realizado por investigadores independientes, con un tercer revisor disponible en caso de divergencia entre los informes de búsqueda.

Los criterios de inclusión para seleccionar los artículos fueron: estudios clínicos que abordaron los tratamientos fisioterapéuticos en pacientes con algias anorrectales funcionales publicados en portugués, español, inglés y francés. Los criterios de exclusión fueron: artículos que no tuvieron como foco principal el tratamiento fisioterapéutico en pacientes con dolor anorrectal, tratamientos fisioterapéuticos en niños, pacientes neurológicos y gestantes, artículos que trataran otros tipos de dolores pélvicos que no fueran anorrectales y otros dolores anorrectales como consecuencia de fisuras, hemorroides y neoplasias. También se excluyeron artículos repetidos, editoriales, cartas, comentarios, o tesis.

Los artículos fueron sometidos a una selección basada en el diagrama de flujo PRISMA.¹¹ El análisis se llevó a cabo en tres pasos: El primero consistió en la búsqueda de estudios en la base de datos utilizando los descriptores establecidos; el segundo cubrió la selección de títulos relacionados con el tema; en el tercero se leyeron los resúmenes de los estudios seleccionados en el paso anterior. Finalmente se realizó la lectura y análisis completo de los estudios.

Los artículos seleccionados fueron sometidos a una evaluación de calidad metodológica mediante la escala PEDro.¹² El análisis fue realizado por dos autores de forma independiente y cualquier disparidad se resolvió mediante discusión con la participación de un tercero cuando fue necesario.

RESULTADOS

Se identificaron 1947 artículos, de los cuales 3 resultaron incluidos en esta revisión sistemática, luego de la selección basada en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

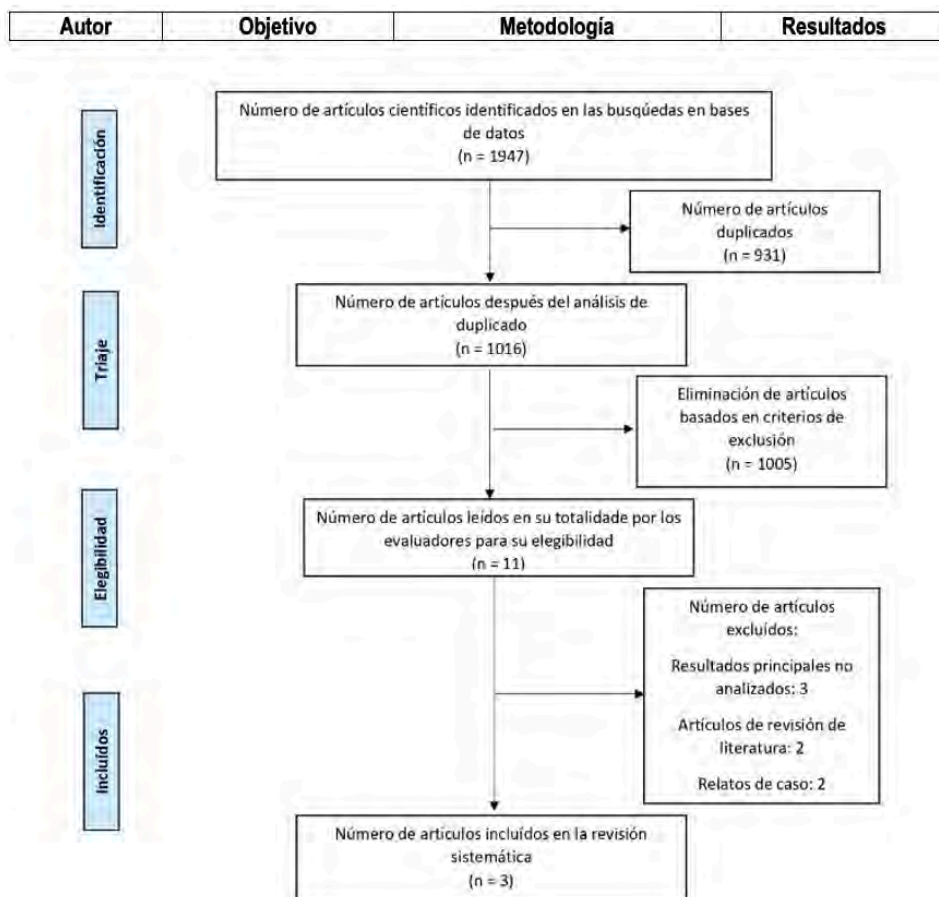


Figura 1. Diagrama de flujo de acuerdo con las pautas de PRISMA que resume el procedimiento de selección de artículos después de la búsqueda en la base de datos.

Entre los descriptores combinados utilizados para la búsqueda, los más encontrados fueron “Anorrectal pain AND Physical Therapy Modalities” (20,9%), “Anorrectal pain AND Rehabilitation” (14,8%) y “Anorrectal pain AND Pelvic Rehabilitation” (8,7%).

De acuerdo con los criterios de inclusión establecidos, el presente estudio mostró 3 publicaciones que involucran tratamientos fisioterapéuticos para el dolor anorrectal. La Tabla 2 presenta la descripción de los resultados de acuerdo con los criterios de inclusión definidos en dichos estudios.

Tabla 2. Intervenciones y resultados de los tratamientos fisioterapéuticos utilizados en los ensayos clínicos incluidos en esta revisión

Park et al., 2005 ¹³	Comparar en el LAS la estimulación electrogalvánica (Grupo 1) y la terapia de inyección local de triancinolona, acetona y lidocaina (Grupo 2)	N = 53 Grupo 1 (n = 22), Grupo 2 (n = 31). Intervenciones: Pre-tratamientos conservadores, terapia con inyección local y terapia de estimulación galvánica. Tiempo de tratamiento: Grupo 1: 2 semanas Grupo 2: 15-30 min por día, una o 2 veces por semana, por 6 o más veces hasta que el paciente no refiriese dolor	La terapia de inyección local mostró mejores resultados a corto plazo comparada con la estimulación electrogalvánica
Chiarioni et al., 2010 ¹⁴	Comparar en el LAS la eficacia de las técnicas de biofeedback (Grupo 1), estimulación galvánica (Grupo 2) y masaje digital de los músculos elevadores del ano y baños de asiento (Grupo 3) Evaluar los mecanismos fisiológicos del tratamiento	N = 157 Intervenciones: biofeedback, estimulación galvánica, masaje digital y baños de asiento Tiempo de tratamiento: 9 sesiones con duración de 30-45 minutos	Los pacientes con LAS “altamente probable”, relataron alivio adecuado en el 87% con biofeedback, 45% con estimulación galvánica y 22% con masaje
Hui et al., 2020 ¹⁵	Investigar el efecto clínico de la electroacupuntura combinada con biofeedback en el dolor anorrectal funcional	N = 60 Grupo 1: Electroacupuntura (n = 20) Grupo 2: Biofeedback (n = 20). Grupo 3: Electroacupuntura + Biofeedback (n = 20) Tiempo de tratamiento: 10 sesiones en los 3 grupos de intervención	Hubo mejora significativa con la utilización de la electroacupuntura combinada con el biofeedback para el tratamiento del dolor anorrectal funcional

LAS: Síndrome del elevador del ano.

Los resultados obtenidos muestran que en general, de acuerdo con la escala PEDRro, los estudios incluidos son metodológicamente de calidad moderada, con una puntuación media de 6 (Tabla 3). Todos utilizaron métodos de asignación aleatoria (100%), se obtuvieron mediciones de al menos un resultado clave en más del 85% de los sujetos distribuidos inicialmente entre los grupos (100%) y se realizaron comparaciones entre grupos (100%). En el 66,6% de los estudios se presentó la media y la variabilidad de los datos referentes a los resultados, y en ninguno de los estudios hubo cegamiento de los sujetos, terapeutas y de evaluadores.

Tabla 3. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos según la escala PEDro

Criterio de evaluación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Puntuación total
Park et al., 2005 ¹³	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	5
Chiarioni et al., 2010 ¹⁴	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	6
RHui et al., 2020 ¹⁵	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	7

Ítems de los criterios de evaluación. 1: elegibilidad y origen, 2: distribución aleatoria, 3: distribución escondida, 4: comparaciones con el punto de partida, 5: cegamiento de los sujetos, 6: cegamiento de los terapeutas, 7: cegamiento de los evaluadores, 8: evaluaciones > 85%, 9: análisis por intención de tratamiento, 10: comparación de intergrupos, 11: medidas de precisión y variabilidad.

Se otorga puntuación 0 cuando el criterio de evaluación no se cumple y puntuación 1 cuando el criterio de evaluación se cumple.

DISCUSIÓN

Los tres tipos descriptos de trastornos del dolor anorrectal funcional (LAS, síndrome del dolor anorrectal inespecífico y PF)³ se distinguen clínicamente en función de la duración de los episodios dolorosos y de acuerdo con la presencia o ausencia de hipersensibilidad del puborrectal.^{1,4,5,16} Sin embargo, a menudo la semejanza en la sintomatología dificulta su diagnóstico.⁵

En los criterios diagnósticos para el LAS, los 3 estudios incluidos en esta revisión sistemática utilizan los criterios de Roma, que consideran necesario que el individuo presente dolor anorrectal crónico o recurrente durante un tiempo igual o mayor a 30 min.^{1,4,6} Además, en la exploración física, es necesario que el paciente refiera dolor a la palpación durante la tracción del músculo puborrectal y el inicio de la sintomatología haya sido por lo menos 6 meses antes de la confirmación diagnóstica.^{4,7} La diferencia para el síndrome de dolor anorrectal inespecífico es la ausencia de hipersensibilidad y/o malestar durante la tracción de este músculo.^{1,4,5,7}

En el caso de la PF, los criterios diagnósticos incluyen episodios de dolor localizado en la zona rectal sin relación con la evacuación, con duración de segundos, sin superar los 30 minutos con remisión total entre crisis.^{1,2,4-6,8}

En todos los tipos de dolor anorrectal funcional deben ser excluidos otros factores que ocasionan algias en la región anorrectal, por ejemplo isquemias, fisuras, enfermedad inflamatoria intestinal, prostatitis, alteraciones estructurales en el piso pélvico, absceso muscular, prolapso, entre otros.^{1,2,6}

La fisiopatología de los trastornos del dolor anorrectal funcional no se ha dilucidado por completo, lo que dificulta el abordaje terapéutico.^{6,9} Esto se pudo observar en el estudio de Chiarioni et al.¹⁴ en el que los pacientes se categorizaron como “altamente propensos” a tener LAS o como “posible diagnóstico de LAS”. Esto también fue destacado por Park et al.¹³, quienes reportaron dos posibles fisiopatologías del LAS: la hipertonía del elevador del ano y la inflamación del arco tendinoso de dicho músculo.

Rao et al.⁵ hipotetizan que el LAS resulta del espasmo de los músculos del suelo pélvico, asociado a elevadas presiones anales de reposo, corroborando la primera hipótesis de Park et al.¹³

En cuanto al dolor anorrectal inespecífico, su fisiopatología aún no está clara y no existe consenso entre los estudios analizados.¹⁷ Sin embargo en la PF se observó que las contracciones que ocurren en la musculatura lisa provocan dolor.^{1,4,18}

Los 3 trastornos están asociados a factores psicológicos como la tensión y la ansiedad, lo que dificulta el pronóstico en estos pacientes, demostrando la necesidad de un trabajo multidisciplinario.^{1,4-6,9}

La estimulación electrogalvánica de alto voltaje es suministrada por una sonda intra-anal y fue descrita por primera vez en 1982 por Sohn et al.,¹⁹ para tratar el LAS. Es evidente que esta modalidad es simple de utilizar, segura y eficaz. En un estudio se utilizó una frecuencia de 80 Hz, el voltaje y la corriente eléctrica se iniciaron en cero y aumentaron progresivamente según la tolerancia del paciente, variando el ancho del pulso entre 250 y 350 volts. La duración del tratamiento fue de 1 hora, 3 veces por semana, a lo largo de un período de 3-10 días. Parámetros semejantes fueron utilizados por Nicosia e Abcariana²⁰ en 1985 y más recientemente por otros autores.^{13,14}

Con esta terapia se lograron resultados excelentes (alivio completo del cuadro algico y sin recurrencia) en cerca del 69% de los pacientes, buenos (remisión completa del dolor) en el 21% y malos (sin respuesta a la estimulación electrogalvánica) en solo el 10%.¹⁸ Estos resultados corroboran los hallados en otro estudio, en que los pacientes con un diagnóstico altamente probable de LAS experimentaron un alivio del 45% después de esta terapia.¹⁴ Por otro lado, otros demostraron alivio completo solamente en el 9,1% de los pacientes, alivio parcial en 36,4% y ausencia de eficacia en el 54,5%.¹³

La terapia de biofeedback también fue informada en la literatura para tratar el LAS, produciendo alivio de los espasmos musculares con una tasa de éxito de entre el 34,5 y el 91,7%.^{2,14,15,17} Resultados positivos de esta terapéutica también fueron encontrados en otro estudio, con 87% de reducción del dolor luego de 9 sesiones de 30-45 minutos de duración.¹⁴

Heah et al.,²¹ en 1997 realizaron un estudio en pacientes con LAS con el objetivo de analizar los efectos del biofeedback en el alivio del dolor y la mejora de la función anorrectal. Observaron que aunque tuvo un efecto insignificante sobre la fisiología, fue eficaz para el alivio del dolor, sin causar efectos secundarios. El biofeedback funciona entrenando la mente para relajar los músculos elevadores del ano, reduciendo así el ciclo espasmódico.

Hui et al.,¹⁵ en 2020 realizaron un ensayo clínico para investigar el efecto clínico de la electroacupuntura combinada con biofeedback en el dolor anorrectal funcional. Estudiaron 60 pacientes con dolor anorrectal funcional, divididos en 3 grupos aleatorios de 20 individuos cada uno. Un grupo fue tratado con electroacupuntura, el segundo grupo con biofeedback y el tercero asociando biofeedback y electroacupuntura. Concluyeron que había una mejoría significativa en el grupo tratado con la combinación de terapias, en comparación con los grupos tratados con una sola de las terapias.

Para la medicina tradicional china, las algias anorrectales funcionales, también denominadas “dolor del intestino grueso” y “dolor del canal de los cereales correlacionado con los 5 elementos”, tienen una etiología y fisiopatología asociadas a la estasis sanguínea en los vasos, que provoca la obstrucción de los meridianos y colaterales. El objetivo de la acupuntura en el tratamiento de las enfermedades que producen dolor es eliminar la obstrucción de meridianos y colaterales mediante la regulación del circuito sanguíneo con el fin de brindar una mejor conductividad, recuperación de los músculos y excitación nerviosa.¹⁵

Un estudio utilizó los baños de asiento asociados al masaje digital, previamente al inicio del tratamiento con inyección local o estimulación electrogalvánica, lo que les impide sacar una conclusión sobre el efecto exclusivo de este abordaje, ya que posteriormente se incorporaron otros dos.¹³ Por el contrario, Chiarioni et al.⁴ incluyeron por separado un grupo con intervenciones asociadas con el baño de asiento y el masaje digital. Observaron que los pacientes con LAS “altamente probable” presentaron mejoras significativas en el primero, tercero y sexto mes. Sin embargo, aunque este resultado mostró una diferencia estadísticamente significativa, el porcentaje de mejora fue solo del 22%.

El estudio de Tejirian y Abbas²², con el fin de demostrar la efectividad de los baños de asiento, concluye que aunque existen beneficios como la reducción del edema perineal y la relajación de los músculos elevadores del ano, aún la evidencia es escasa para apoyar este tratamiento. La revisión realizada por Lang et al.²³ coincide en cuanto a los beneficios para el alivio del dolor y la evidencia científica.

CONCLUSIÓN

El presente estudio demostró que para el tratamiento de las algias anorrectales, manifestadas como síndrome del elevador del ano, síndrome de dolor anorrectal inespecífico y proctalgia fugax, los recursos kinésicos utilizados fueron la electroestimulación galvánica, la electroacupuntura, el biofeedback, los baños de asiento y el masaje digital, ya sea solos o combinados.

Con estas terapias los pacientes mostraron mejoría en porcentaje variable, destacándose el biofeedback como el mejor método.

Sin embargo, todavía faltan estudios en esta área por lo que es fundamental seguir investigando sobre los recursos terapéuticos y su eficacia en esas patologías.

REFERENCIAS

- Carrington EV, Popa SL, Chiarioni G. Proctalgia syndromes: Update in diagnosis and management. *Current Gastroenterol Rep.* 2020; 22:35-5.
- Jeyarajah S, Purkayastha S. Proctalgia fugax. *CMAJ.* 2013; 185:417.
- Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil.* 2017; 23:151-63.
- Bharucha AE, Lee TH. Anorectal and pelvic pain. *Mayo Clin Proc.* 2016; 91: 1471-86.
- Rao SSC, Bharucha AE, Chiarioni G, Felt-Bersma R, Knowles Ch, Malcolm A, et al. Anorectal disorders. *Gastroenterology.* 2016; 150:1430-42.
- Davies D, Bailey J. Diagnosis and management of anorectal disorders in the primary care setting. *Prim Care.* 2017; 44:709-20.
- Ooijeveer RE, Felt-Bersma RJF, Han-Geurts IJ, van Reijn D, Vollebregt PF, Molenaar CBH. Botox treatment in patients with chronic functional anorectal pain: experiences of a tertiary referral proctology clinic. *Tech Coloproctol.* 2019; 23:239-44.
- Fox-orenstein AE, Umar SB, Crowell MD. Common anorectal disorders. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2014; 10: 294-301.
- Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol.* 2014; 109: 1141-57.
- Da Costa Santos CM, Andriculoi de Mattos Pimenta C, Cuce Nobre MR. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15: 508-11.
- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol.* 2009; 62:1-34.
- Shiwa SR, Oliveira Pena Costa L, Duarte de Lima Moser A, de Carvalho Aguiar I, Franco de Oliveira LV. PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. *Fisioter Mov.* 2011; 24:523-33.
- Park DH, Yoon SG, Kim KU, Hwang DY, Kim HS, Lee JK, et al. Comparison study between electrogalvanic stimulation and local injection therapy in levator ani syndrome. *Int J Colorectal Dis.* 2005; 20: 272-76.
- Chiarioni G, Nardo A, Vantini I, Romito A, Whitehead WE. Biofeedback is superior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome. *Gas-troenterology.* 2010; 138: 1321-29.
- Hui X, Xu Y, Liang H, Zhang Z. Efficacy evaluation of electroacupuncture at Dong's points combined with biofeedback in the treatment of functional anorectal pain. *World J Acupuncture-Moxibustion.* 2020; 30: 256-61.
- Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology.* 2006; 130: 1510-18.
- Rao SS, Paulson J, Mata M, Zimmerman B. Clinical trial: effects of botulinum toxin on levator ani syndrome - a double-blind, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009; 29: 985-91.
- Vincent C. Anorectal pain and irritation: anal fissure, levator syndrome, proctalgia fugax, and pruritis ani. *Prim Care.* 1999; 26: 53-68.
- Sohn N, Weinstein MA, Robbins RD. The levator syndrome and its treatment with high-voltage electrogalvanic stimulation. *Am J Surg.* 1982; 144: 580-82.
- Nicosia JF, Abcarin H. Levator syndrome. *Dis Colon Rectum.* 1985; 28: 406-8.

21. Heah SM, Ho YH, Tan M, Leong AF. Biofeedback is effective treatment for levator ani syndrome. *Dis Colon Rectum*. 1997; 40: 187-89.
22. Tejirian T, Abbas MA. Sitz bath: where is the evidence? Scientific basis of a common practice. *Dis Colon Rectum*. 2005; 48: 2336-40.
23. Lang DS, Tho PC, Ang EN. Effectiveness of the sitz bath in managing adult patients with anorectal disorders. *Jpn J Nurs Sci*. 2011; 8: 115-28.

COMENTARIO

Una vez descartadas las causas más frecuentes de proctalgia, es mandatorio pensar en los trastornos funcionales que se manifiestan con dolor anorrectal. La historia de estos pacientes suele caracterizarse por múltiples consultas médicas previas en las que ningún profesional pudo resolverles el dolor y mucho menos, darles un diagnóstico. Es justamente esta dificultad en el diagnóstico, la que predispone a la cronicidad de esta dolencia y a que existan múltiples opciones terapéuticas en la que ninguna es claramente superadora. Escasean a su vez estudios con buen nivel de evidencia que ayuden en la materia. Los resultados de este trabajo son un reflejo de ello. Todo esto hace interesante contar con esta revisión sistemática, cuya conclusión menciona al biofeedback como el mejor recurso terapéutico, concepto que comparto e indico en estos pacientes.

Sebastián Guckenheimer
Hospital Pirovano, Buenos Aires