

INCONTINENCIA FECAL

**DRA GLORIA LACIMA
UNIDAD DE MOTILIDAD DIGESTIVA. HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA**

¿Qué es la incontinencia fecal?

La incontinencia fecal se define como el escape involuntario y recurrente de heces líquidas o sólidas a través del ano, en un individuo mayor de 4 años con un desarrollo mental normal. La incontinencia anal incluye la pérdida adicional de gases.

No es una enfermedad propiamente dicha, sino que es un síntoma clínico, que en la mayoría de casos expresa una función anómala de la región anorrectal. Se denomina incontinencia leve cuando el paciente ensucia ligeramente la ropa interior, o no puede controlar las ventosidades o la emisión de heces sueltas de forma ocasional y se considera grave cuando presenta una pérdida incontrolada de heces de consistencia normal.

¿Solo afecta a la gente mayor?

La incontinencia fecal es un problema de salud mucho más prevalente de lo previamente reconocido porque hasta hace pocos años los pacientes se mostraban reacios a reconocerlo por pudor, porque desconocían sus posibilidades terapéuticas y solo menos de la mitad lo manifestaban de forma espontánea, afecta a individuos de todas las edades, con una gran repercusión en la calidad de vida de quien la sufre. La prevalencia estimada de incontinencia fecal en la población general es del 8-9 %, aumentando con la edad, pasa a ser del 3 % entre los 20 y los 29 años hasta el 15 % en los mayores de 70 años. La prevalencia en las mujeres es algo mayor que en los hombres, suelen tener síntomas más graves y frecuentes y solicitan con mayor frecuencia atención médica. Entre las personas ingresadas en instituciones geriátricas, la prevalencia de incontinencia fecal es mucho mayor y oscila, del 33 al 65%.

¿Cómo funciona el control intestinal?

La capacidad de poder sentir y retener o expulsar el contenido del recto depende de la interacción de un gran número de factores: de la distensibilidad rectal que permite la acomodación rectal ante la llegada intermitente de heces, reduciendo la presión intrarrectal hasta un nivel que no amenace la continencia, de la actividad coordinada del complejo muscular del anorrecto y suelo de la pelvis, de la integridad sensitiva que permite tener sensación de defecación, de la integridad de la inervación autónoma y de los reflejos medulares y cerebrales y, de las fuerzas propulsivas colónicas y consistencia de las heces.

Anormalidades en uno de estos factores, ya sea solo o con más frecuencia en combinación, puede dar lugar a una alteración de la continencia.

¿Qué causa la incontinencia fecal?

La incontinencia fecal puede ser debida a causas funcionales, u orgánicas, y ambas causas pueden coexistir en un mismo individuo.

Las enfermedades que afectan al tránsito intestinal diarrea, síndrome intestino irritable, estreñimiento pueden causar una incontinencia fecal funcional.

Entre las causas orgánicas las más frecuentes son: las traumáticas y neurológicas, seguidas de las inflamatorias, miopáticas y congénitas.

En las mujeres, la causa más frecuente de origen traumático es el trauma obstétrico. Durante el parto, la alteración de los factores que preservan la continencia pueden ser secundarios a la lesión directa de los músculos del esfínter anal y/o a la lesión de los nervios pudendos. Al año postparto la prevalencia de incontinencia fecal oscila entre el 0,7-6% y la incontinencia a gases entre el 5-26%. En muchas ocasiones, el daño esfinteriano pasa desapercibido hasta que con el paso de los años disminuye el tono o fuerza de estos músculos y se manifiesta la incontinencia. De tal forma que en la mayoría de mujeres, la edad media de aparición de la incontinencia es en la quinta-sexta década de la vida. La contribución de la lesión anal obstétrica, en el inicio tardío de la incontinencia fecal no está claro, y queda por determinar el papel exacto de otros factores como la contribución del envejecimiento, la menopausia y los esfuerzos crónicos.

En los varones, la causa más frecuente de origen traumático es la cirugía anorrectal para el tratamiento de la fisura anal, fístula perianal, hemorroides y también en los pacientes sometidos a resecciones rectales o colónicas.

Las enfermedades neurológicas que causan incontinencia pueden afectar el sistema nervioso a varios niveles. Las enfermedades del sistema nervioso central que pueden cursar con incontinencia fecal son la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson, lesión cerebrovascular y la demencia. En otros pacientes, la incontinencia se debe a una disfunción del sistema nervioso periférico (lesiones cauda equina, neuropatía de los pudendos, polineuropatías).

Procesos inflamatorios, como la proctitis post-irradiación o la enfermedad inflamatoria intestinal en que la capacidad y distensibilidad rectal están disminuidas, pueden dar lugar también a urgencia deposicional y/o incontinencia fecal de urgencia.

Mención aparte merece **el prolapso rectal**. Aproximadamente el 30% de los pacientes con prolapso rectal interno y el 50% con prolapso externo tienen incontinencia.

¿Cómo se diagnostica?

El primer paso para un correcto diagnóstico es una entrevista detallada. Los objetivos de la entrevista son: valorar la forma de presentación si la incontinencia anal es a gases, heces líquidas o sólidas o se trata de manchado fecal, su tiempo de evolución, los antecedentes que pudieran tener relación causal y el tipo de incontinencia a) de urgencia (es la pérdida de heces tras la incapacidad para resistirse al impulso de defecar durante el tiempo suficiente para llegar a un inodoro), b) pasiva (es la pérdida involuntaria de heces sin tener deseo de defecar), c) mixta (pasiva y de urgencia), su distinción es importante, porque muy a menudo implican causas distintas, la frecuencia de los episodios de incontinencia, frecuencia y consistencia de las deposiciones,...

A continuación debe realizarse una exploración física meticulosa que incluye la realización de un tacto rectal y en las mujeres la exploración vaginal para valorar la existencia o no de un prolapso genital indicativos de una patología del suelo pélvico más compleja.

¿Es necesario realizar exploraciones complementarias para su diagnóstico?

En los pacientes de edad avanzada, aquellos con síntomas leves, y aquellos con alteraciones del hábito intestinal, la realización de tratamiento conservador previo a la realización de pruebas complementarias está justificada. No obstante, la evaluación clínica y la exploración física por sí solas pueden ser insuficientes para definir los mecanismos responsables de la incontinencia y la realización de exploraciones complementarias es necesaria en la mayoría de pacientes.

Las principales exploraciones complementarias a realizar son la manometría anorrectal y la ecografía endoanal.

La **manometría anorrectal**, es una técnica diagnóstica sencilla que consiste en introducir una sonda delgada por el ano hasta el recto. La sonda se conecta a un aparato que permite realizar un registro simultáneo de las presiones en el canal anal y en la ampolla rectal.

Es la primera prueba a realizar en la mayoría de pacientes con incontinencia fecal al ser de gran utilidad porque nos muestra donde radica el fallo o fallos de la función del anorrecto al permitir: a) conocer las presiones generadas en el canal anal, tanto en reposo como durante la contracción voluntaria; b) realizar la evaluación de los reflejos rectoanales ante la distensión rectal y ante maniobras de Valsalva como la tos; y c) evaluar la sensibilidad y distensibilidad rectal, proporcionando una información vital para orientarnos hacia el tratamiento más adecuado.

La **ecografía endoanal** es la exploración de elección para identificar adelgazamientos o defectos anatómicos (roturas) de los esfínteres, a menudo no reconocidos durante la exploración. Es complementaria a la manometría, ya que demuestra si la debilidad del esfínter es causada por una lesión anatómica que pueda ser susceptible de reparar quirúrgicamente y prueba de 1ª elección en los pacientes con incontinencia fecal por lesión aguda del esfínter.

Otras exploraciones a realizar en casos seleccionados son:

Resonancia Magnética Nuclear Dinámica. Técnica de imagen que permite valorar defectos anatómicos esfinterianos anales al igual que la ecografía pero que a la vez es útil para caracterizar con precisión la existencia de un prolapso de los órganos pélvicos (rectocele, cistocele, enterocele, prolapso uterino) y los músculos del suelo pélvico, y mostrar la relación entre ellos. Esta técnica es de especial utilidad en pacientes complejas afectas de alteraciones del suelo pélvico que abarcan a más de un compartimento pélvico, ayudándonos a planificar mejor la reparación quirúrgica a realizar y en pacientes postoperadas con síntomas complejos.

Videodefecografía. Técnica de imagen útil en los pacientes con incontinencia fecal en quienes se sospecha de la existencia de un prolapso rectal interno y en los que además de incontinencia tienen síntomas de defecación obstructiva para valorar trastornos defecatorios funcionales (disinergia defecatoria) o alteraciones anatómicas como el rectocele, sigmoidecele o enterocele.

Pruebas neurofisiológicas. Los estudios de electrodiagnóstico (la electromiografía anal y el estudio de potenciales evocados motores) permiten obtener información sobre la conducción de las vías nerviosas motoras y sensitivas, así como la repercusión de lesiones en la vía motora sobre la integridad de los músculos esfinterianos.

La necesidad de realización de estas pruebas se debe considerar ante pacientes incontinentes que tienen una enfermedad subyacente asociada (por ejemplo, diabetes mellitus), la sospecha clínica de la neuropatía de un proceso neurogénico proximal (médula espinal o raíces sacras) o debilidad del esfínter no explicada por la morfología que se visualiza mediante la ecografía.

La **sigmoidoscopia o colonoscopia** (con biopsias si es necesario) en pacientes con diarrea y/o cambio en el ritmo de las deposiciones, o signos clínicos de alarma que sugieran patología orgánica.

Test de aliento de hidrógeno con lactosa y fructosa deben ser considerados en pacientes con diarrea para poder identificar una posible mala absorción de estos hidratos, poder orientar sobre los cambios dietéticos aconsejables e intentar que la restricción dietética sea lo menos estricta posible.

¿Cómo se trata la incontinencia fecal?

La mayoría de los pacientes con síntomas leves-moderados responden de forma satisfactoria al tratamiento conservador, y este debe ser considerado como la primera opción terapéutica. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos en que el tratamiento conservador ha fracasado o como primera opción terapéutica en pacientes con un claro defecto anatómico, como un prolapso rectal, una cloaca vaginal (pérdida distal del tabique que separa el recto de la vagina), o una lesión traumática aguda del esfínter anal.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Medidas generales. De aplicación en prácticamente todos los pacientes con incontinencia fecal. Estas medidas engloban:

Dar **consejos educativos para enseñar a establecer un correcto hábito defecatorio** (no reprimir los deseos de defecar, fomentar ir al baño siempre a la misma hora (preferiblemente después de desayunar,...))

Modificaciones en la dieta a individualizar según cada caso.

Revisar los efectos adversos de los fármacos que toman. Un gran número de fármacos tienen efectos directos o indirectos sobre el sistema gastrointestinal que pueden causar estreñimiento o diarrea, por lo que deben ser valorados y considerar otras alternativas.

Cuidados de la piel perianal.

Aconsejar sobre el uso de **pañales superabsorbentes** y/o de **tampones anales**

Tratamiento farmacológico. Principalmente para mejorar la consistencia de las heces mediante fármacos antidiarreicos o laxantes según el paciente presente diarrea o estreñimiento.

Cuando las medidas higiénico-dietéticas y el tratamiento farmacológico fallan o además de éste la **fisioterapia** suele ser tratamiento de 1ª elección. El tratamiento de la incontinencia fecal con fisioterapia incluye el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico, la electroestimulación, y el biofeedback (reeducación esfinteriana), que pueden realizarse solos o en combinación.

Pero el lugar más relevante, sin duda lo ocupa el tratamiento con **biofeedback**, mediante la monitorización manométrica o electromiográfica de la función anorrectal. Con el paciente acostado de lado se introduce por el ano una sonda delgada que lleva acoplado un balón en su punta hasta el recto, la sonda se conecta a un aparato que permite medir las contracciones de los músculos de esta zona y mostrarlas al paciente a través de un monitor de manera que explicando al paciente la relación entre lo que hace y lo que ve en el monitor, se le enseña a

percatarse donde reside su problema y a modificar aquellas funciones que no realiza correctamente.

Mediante el entrenamiento con biofeedback se intenta conseguir que el paciente aprenda a aumentar la presión y duración del cierre del canal anal sin contraer el abdomen; que mejore su capacidad de percepción rectal (de forma que aprenda a interpretar cuando tiene el recto lleno y debe evacuar); y que coordine perfectamente en el tiempo ambos fenómenos. Se busca lograr así el objetivo fundamental del biofeedback, que es conseguir que la contracción del esfínter se produzca en el momento preciso y con una intensidad y duración suficientes para que no exista el escape de heces.

Hay estudios que muestran que los consejos educacionales, los cambios en el estilo de vida, dieta y tratamiento farmacológico consiguen la continencia o unos buenos resultados en el 21% de los pacientes. Si a ello se añade la realización de ejercicios del suelo pélvico, la mejoría la presentan un 41% y si en su lugar se realiza tratamiento con biofeedback los buenos resultados se obtienen en el 76% de los pacientes.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Los procedimientos quirúrgicos pueden estar dirigidos a corregir un defecto mecánico evidente o a mejorar un complejo esfinteriano funcionalmente deficiente pero estructuralmente intacto. Según el mecanismo utilizado para recuperar la continencia, podemos reagrupar el tratamiento quirúrgico en 4 grupos:

1- Intervenciones diseñadas para corregir los defectos esfinterianos anales.

Dentro de este grupo, la **esfinteroplastia** es la técnica más utilizada, se basa en la reparación directa del esfínter anal externo. Es la mejor opción terapéutica para las mujeres con incontinencia fecal postparto por lesión del esfínter anal externo y una posibilidad para los pacientes con defectos del esfínter anal de menos de 180º que no responden al tratamiento conservador.

2- Estimulación nerviosa.

Estimulación de raíces sacra. Técnica quirúrgica mínimamente invasiva, que se realiza con anestesia local y de forma ambulatoria y que consiste en realizar una estimulación eléctrica directa a través de un electrodo en la raíz del nervio sacro S3 o S4. El procedimiento es técnicamente sencillo y tiene una gran ventaja ya que permite realizar una evaluación preliminar de la respuesta clínica conectando el electrodo a un generador de pulsos externo temporal durante 3-4 semanas, antes de la implantación definitiva subcutánea del neuroestimulador (como un marcapasos) que se regula con un mando a distancia, y que se realiza solo en aquellos pacientes en quienes se reduce la frecuencia de episodios de

incontinencia como mínimo en un 50% en función de la información recogida previamente en un diario de continencia.

Actualmente es la primera opción de tratamiento quirúrgico para los pacientes en quienes ha fracasado el tratamiento conservador, a excepción de la minoría de pacientes con un gran defecto del esfínter para los que está indicada su reparación.

Otras opciones dentro de este grupo son la **Estimulación del nervio tibial posterior y la Estimulación del nervio pudendo (ENP)**.

3- Estrechamiento del canal anal

Inyección perianal de biomateriales. Consiste en la inyección a través de la piel perianal o a través de la mucosa anal de diversos biomateriales en la submucosa anal o espacio interesfinteriano, con el objetivo de estrechar el canal anal, mejorando su cierre. Indicada en pacientes con síntomas de incontinencia fecal pasiva por insuficiencia del esfínter anal interno en los que ha fallado el tratamiento conservador.

Radiofrecuencia (Dispositivo de SECCA). Consiste en la liberación de energía por radiofrecuencia a temperatura controlada, mediante un dispositivo similar a un anoscopio con múltiples electrodos con aguja, con la intención de crear lesiones térmicas profundas en la mucosa de la unión anorrectal, que al igual que la inyección de biomateriales pretende dar como resultado un estrechamiento del canal anal.

4- Sustitución esfinteriana

Hay dos posibilidades: una es construir un nuevo esfínter con músculo esquelético autólogo (de elección el músculo gracilis de la pierna o más raramente el glúteo) y la segunda es la colocación de un esfínter artificial.

Estos procedimientos están indicados en casos de incontinencia severa en quienes ha fracasado el tratamiento conservador y/o quirúrgico previos, en pacientes con ausencia de esfínter, esfínter intacto pero con lesión neuropática, o esfínter con defectos múltiples (y por lo tanto no susceptibles de reparación).

Ambos son tratamientos invasivos, a utilizar solo en pacientes cuidadosamente seleccionados y disponibles sólo en centros muy especializados.

Otras técnicas:

- En pacientes seleccionados en que la incontinencia fecal pueda ser debida a la existencia de un prolapso rectal interno **la rectopexia anterior** puede ser una alternativa quirúrgica.
- En los pacientes con urgencia deposicional e incontinencia fecal de urgencia debida a una distensibilidad rectal disminuida e hipersensibilidad rectal, la realización de una **ileorectoplastia** puede aumentar la capacidad rectal y restaurar una sensibilidad rectal normal.

- En pacientes con incontinencia fecal secundaria a un trastorno en la evacuación de las heces, el **enema anterógrado del colon** puede ser una solución.
- Si ninguna de las técnicas expuestas está indicada o es eficaz, en pacientes con incontinencia fecal severa y fracaso de múltiples intervenciones se puede considerar la **colostomía**.

La edad, causa, severidad, repercusión de la incontinencia fecal en la calidad de vida de los pacientes y los resultados de las pruebas complementarias serán factores determinantes a la hora de decidir el tratamiento más adecuado en cada caso.

¿Dónde dirigirme si tengo este problema?

Los pacientes de edad avanzada, aquellos con síntomas leves, y aquellos con alteraciones del hábito intestinal pueden ser inicialmente tratados por el médico de familia y/o digestólogo de su ambulatorio.

En el resto de casos será conveniente que su digestólogo le remita a un centro especializado que disponga de una unidad de motilidad digestiva con las técnicas necesarias para una evaluación adicional que conlleve la indicación del mejor tratamiento a establecer en su caso y si es necesario lo derive al cirujano coloproctológico.