



## **INCONTINENCIA FECAL**

**Dr. Alejandro Barrera E.**

### **Definición**

Se define como incontinencia fecal (IF) la pérdida incontrolable y continua de deposiciones sólidas, líquidas o gases en forma permanente o recurrente, por un periodo de al menos un mes en mayores de 4 años.

### **Epidemiología**

Su prevalencia es variable dependiendo del grupo en estudio. Si bien se calcula que solo un tercio de los pacientes que la presentan consultan por sus síntomas, se estima que se presenta entre el 2 y el 24% de la población general. En los pacientes institucionalizados, se estima una prevalencia de hasta un 50%.

Se reconocen distintos factores de riesgo para presentar IF, como son: la edad, multiparidad, antecedentes de cirugía orificial, el estado de salud deteriorado, la radioterapia pélvica, la enfermedad pulmonar crónica, las alteraciones neurológicas y las resecciones colónicas.

### **Clasificación**

Desde el punto de vista clínico se puede clasificar como:

- IF pasiva: pérdida involuntaria de deposiciones.
- Urgincontinencia: pérdida de deposiciones pese al esfuerzo activo para retenerlas.
- Ensuciamiento anal: pérdida de escasa cantidad de deposiciones, seguida de una evacuación normal.

En cuanto a su gravedad se clasifica como:

- Mayor: pérdida de deposiciones formadas.
- Menor: pérdida de deposiciones líquidas o gases.

En el último tiempo se ha utilizado la escala propuesta por la Cleveland Clinic para evaluar su gravedad.



TIPO	Nunca	Rara	Algunas veces	Generalmente	Siempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

*Nunca: 0.*

*Rara vez: menos de una vez al mes.*

*Algunas veces: menos de una vez por semana, pero más de una vez al mes.*

*Generalmente: menos de una vez al día, más de una vez por semana.*

*Siempre: más de una vez al día.*

*0: continencia perfecta.*

*20: incontinencia total.*



## Etiología

1. Anormalidades estructurales:
<b>Esfínter anal:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Daño obstétrico, cirugía proctológica, dilatación anal, radiación, enfermedad inflamatoria intestinal.</li></ul>
<b>Recto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prolapso, hipersensibilidad/hiposensibilidad, neoplasia, anomalías congénitas, descenso perineal excesivo.</li></ul>
<b>Músculo Puborectal:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Trauma, daño obstétrico.</li></ul>
<b>Nervio Pudendo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Daño quirúrgico, descenso perineal excesivo.</li></ul>
<b>Sistema nervioso:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• SNC, médula espinal, SNA: daño médula espinal, AVC, cirugía columna, diabetes, esclerosis múltiple, sífilis, cauda equina, neoplasia.</li></ul>
2. Anormalidades de funcionamiento:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensación anaorectal</li><li>• Daño obstétrico, daño SNC/SNA, diabetes.</li><li>• Impactación fecal</li><li>• Alteración del tracto de salida</li></ul>



### 3. Características de las deposiciones:

- Volumen y consistencia
- Enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome intestino irritable, fármacos, infecciones.
- Irritantes
- Malabsorción de sales biliares, laxantes.

### 4. Otros:

- Movilidad física y función cognitiva
- Edad, discapacidad, demencia, sedación.
- Psicosis.
- Fármacos: laxantes, anticolinérgicos, antidepresivos, cafeína, relajantes musculares.
- Intolerancia alimentaria: Lactosa, sorbitol, fructosa.

## Estudio

La primera evaluación consiste en una historia clínica completa y un examen físico orientado a establecer la presencia de un daño esfinteriano evidente, así como a determinar la suficiencia de la fuerza muscular del esfínter externo.

### 1. Obtener Historia Clínica

- ¿Tiene el paciente incontinencia?
- ¿Cómo es su hábito intestinal? ¿Se ha modificado?
- ¿Se asocia a cambios en consistencia de las deposiciones?
- Tiempo evolución de los síntomas
- ¿Se asocian a urgencia defecatoria?

Anamnesis remota  
¿Tiene el paciente historia de: impactación fecal, diarrea, radioterapia pélvica, alteraciones neurológicas o uso de fármacos?  
Comorbilidades

### 2. Examen físico:

Examen físico general  
Evaluar (inspección) área anorectal.  
Evaluar reflejo ano-cutáneo  
Evaluar prolapso de hemorroides, recto u órganos genitourinarios.  
Tacto rectal.



## **Exámenes**

### **Colonoscopia**

Se debe realizar en todo paciente con diarrea. No se debe iniciar tratamiento para una cuadro de incontinencia en un paciente con diarrea, sin antes haber descartado una patología orgánica y tratarla en forma adecuada.

### **Manometría ano-rectal**

El estudio de las presiones de reposo (dada por el esfínter interno) y de contracción voluntaria (esfínter externo) no es fundamental en el estudio de una IF. Solo se justifica en los pacientes con urgíncontinencia, en los que se puede sospechar una alteración de la distensibilidad rectal. La información más importante aportada por la manometría es la sensibilidad rectal, la que se presenta, en condiciones normales a los 20 a 30 ml. En aquellos casos en que la sensibilidad aparece a volúmenes mayores, los resultados del tratamiento, independiente del tipo, son peores.

### **Defecografía**

No tiene indicación en el estudio de la IF

### **Tiempo de latencia del Pudendo**

Su valor es relativo, ya que se encuentra presente en la mayoría de las pacientes que tuvieron un parto vaginal, y el grado de neuropatía no se relaciona con los resultados del tratamiento, por lo que no es fundamental en el estudio.

### **Endosonografía rectal**

Está indicada en aquellos casos en que se sospecha un defecto anatómico del esfínter externo, susceptible de reparación quirúrgica. Los hallazgos de la ecografía se correlacionan con los resultados del tratamiento, ya que defectos que superen los 110 grados de apertura, son más difíciles de reparar y los resultados de la cirugía son discretos.



## Tratamiento

El tratamiento inicial de todo paciente con IF debe considerar la corrección de hábitos y la educación para evitar los episodios de escape involuntario de deposiciones. Esto puede incluir el uso de enemas previo a realizar algunas actividades, el aumento de consumo de fibras para aumentar y ablandar el bolo fecal en los pacientes con historia de impactación fecal o su disminución en aquellos con incontinencia pasiva. En algunos casos se puede adicionar algún medicamento que enlentezca el tránsito intestinal como loperamida o difenoxilato. Luego de esto, iniciamos el tratamiento kinésico con ejercicios de fortalecimiento muscular del periné (ejercicios de Kegel).

Una alternativa en aquellos pacientes con ausencia de defecto esfinteriano evidente es la estimulación del nervio tibial posterior por vía transdérmica. Se busca mejorar el trofismo muscular del periné y mejorar la sensibilidad rectal. Después de unos meses de realizar estos ejercicios y con una dieta adecuada, se realiza una reevaluación. Si los síntomas mejoran, se continúa con el mismo tratamiento, reforzando los hábitos y ejercicios.

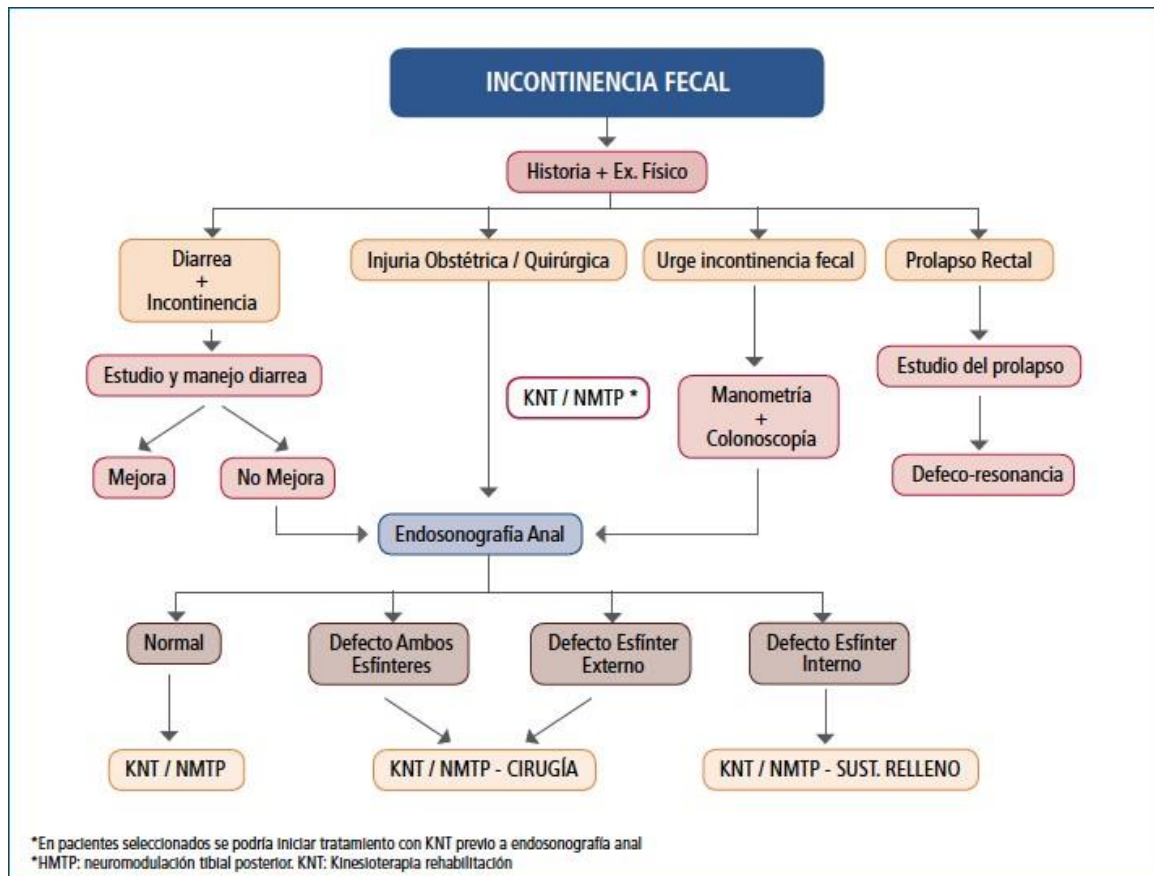
En caso de no mejorar los síntomas, se comienza el estudio con los exámenes ya señalados

Una alternativa de manejo distinta se muestra en el siguiente flujograma:



## Flujograma de tratamiento

(propuesto por grupo de piso pélvico de Clínica Las Condes)



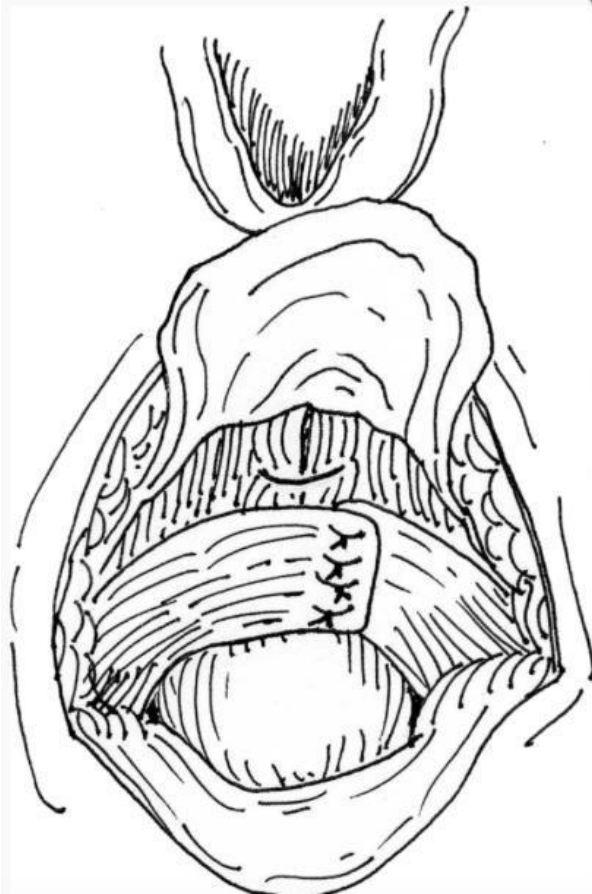
## Tratamiento quirúrgico

La principal alternativa quirúrgica para el tratamiento de la IF es la reparación del esfínter externo o esfinteroplastia. Está indicada en aquellos pacientes con un daño demostrado por la endosonografía, principalmente en los que el defecto es menor de 100°.

Es recomendable la utilización de preparación mecánica anterógrada de colon en los pacientes que serán sometidos a esta cirugía para evitar la contaminación del periné con deposiciones en el intra y pos operatorio inmediato. La técnica consiste en identificar ambos cabos del esfínter externo, traslaparlos y repararlos con un material de sutura de reabsorción lenta (PDS) o irreabsorbible (polipropileno).



**Figura 1 : Esfinteroplastía**



Existen otras alternativas quirúrgicas como los neo esfínteres, naturales (graciloplastía) estimulados o no y artificiales, y la neuromodulación sacra, pero no contamos con experiencia en ellas.

En resumen, la IF es una patología oculta, con una prevalencia desconocida, de tratamiento complejo, aunque la mayoría de los casos mejora con terapia médica y kinésica. Pocos pacientes requieren tratamiento quirúrgico y la principal indicación es la reparación del esfínter