

# Caso clínico

Incontinencia anal. Caso clínico comentado.

Dr. Diego López Peñas



# Historia clínica

Mujer de 66 años. Antecedentes:

- Estreñimiento crónico de más de 30 años de evolución que trataba con sen ocasionalmente.
- Tres partos hospitalarios con episiotomía, el primero pesó 4600 gr.
- Intervenida hace 10 años de fisura mediante esfinterotomía lateral interna.

En los últimos dos años refiere escapes frecuentes, inicialmente de gases pero últimamente de heces líquidas y semisólidas, con manchado frecuente. Lo que le lleva a evitar salir a la calle si no está segura de disponer de un inodoro cercano. Últimamente está depresiva por lo que inició el tratamiento con venlafaxina. Tras más de un año decide consultar al gastroenterólogo.



**En este momento podemos afirmar ciertamente que:**

- a) El antecedente de estreñimiento no tiene nada que ver con su incontinencia.
- b) El peso de los niños no es importante en la anamnesis.
- c) Su calidad de vida raramente se verá afectada por el problema.
- d) La cirugía de fisura predispone a la incontinencia que padece.
- e) La venlafaxina va a suponer una mejoría clínica al estar deprimida.



## Respuesta correcta: D

La esfinterotomía lateral interna supone una incisión en un músculo continente como es el esfínter anal interno, el antecedente de estreñimiento provoca daño neuromuscular a largo plazo en el suelo pélvico, al igual que los recién nacidos de peso elevado, la calidad de vida se verá sumamente afectada como lo demuestra el no salir a la calle y la venlafaxina no va a mejorar la clínica de incontinencia.

El gastroenterólogo le realiza una exploración anorrectal que muestra hipotonía esfinteriana en reposo y contracción voluntaria, descenso de suelo pélvico y signos de cirugía anal previa. Le solicita una manometría anorrectal que muestra un defecto de sensibilidad rectal y presiones bajas de reposo y contracción voluntaria. Se le realiza una ecografía endoanal que muestra un defecto de un 30% del músculo EAI y de un 60% del EAE mantenimiento el músculo puborrectal.



¿Emplearía otros métodos diagnósticos en este caso antes de iniciar el tratamiento?

- a) Haría videodefecografía para descartar intususcepción o rectocele.
- b) Haría una colonoscopia para descartar una masa rectal.
- c) No haría más procedimientos y vería la evolución en 6 meses.
- d) No sería necesario dados los antecedentes y los hallazgos se podría realizar tratamiento.
- e) Haría sin duda un test de perfusión intrarrectal.



## Respuesta correcta: D

Tenemos datos suficientes en la manometría y ecografía para saber el origen de la incontinencia por lo que no nos haría falta una videodefecografía para ver lesiones que en este caso no van a impedir iniciar tratamiento. Un tacto rectal correcto en este contexto puede detectar masas rectales bajas causantes de pseudodiarrea.

No tiene sentido esperar la evolución dado que no va a mejorar con el tiempo sin tratamiento. El test de perfusión; si bien nos da una idea dinámica de la gradación de la incontinencia, no resulta imprescindible para empezar el tratamiento, aunque puede ser útil en el seguimiento del paciente y la monitorización de la respuesta al tratamiento.



¿Qué tratamiento específico indicaría de forma prioritaria?

A) *Biofeedback*

B) Laxantes formadores de volumen

C) Loperamida

D) Cirugía

E) Enemas anterógrafos



Respuesta correcta: A

El *biofeedback* es la técnica de elección en los pacientes con una capacidad cognitiva básica y con defecto no completo de los músculos esfinterianos, los laxantes formadores de volumen y la loperamida aunque se utilizan como tratamiento sintomático no atacan la base del problema de la incontinencia, la cirugía se debe reservar para los casos en los que no haya respuesta con el *biofeedback* y el enema anterógrado se suele emplear en casos muy evolucionados e intratables como tratamiento paliativo.

La paciente se remite a un centro especializado para iniciar sesiones de *biofeedback* y tras tres sesiones se vuelve a evaluar comprobando una mejoría clínica objetivada en su diario de incontinencia.

Después de un año, la paciente ha retirado el tratamiento antidepresivo y presenta una mejoría de la calidad de vida percibida en el cuestionario y subjetivada en las siguientes visitas.

