

INCONTINENCIA FECAL

FECAL INCONTINENCE

D. López-Peñas

Hospital Infanta Margarita De Cabra. Córdoba.

Palabras clave: incontinencia fecal, diagnóstico, tratamiento.

Keywords: fecal incontinence, diagnosis, treatment.

Definición

La incontinencia fecal (IF) funcional se define en base a los criterios Roma III como el paso recurrente incontrolable de materia fecal durante al menos tres meses en un individuo mayor de cuatro años. Con posterioridad los criterios Roma IV han incluido la presencia de escapes al menos dos veces en un periodo de cuatro semanas en lugar del concepto “*recurrente*” y no hace distinción etiológica como Roma III que diferenciaba entre causa estructural o neurogénica¹. El conocimiento de esta entidad requiere conocer la anatomía del suelo pélvico, en especial los músculos implicados en los mecanismos de continencia (Figuras 1 y 2).

Epidemiología

Se estima que tiene una prevalencia del 5%; muy probablemente subestimada por ser con frecuencia un síntoma oculto, a menudo en pacientes institucionalizados. Aumenta con la edad de modo que su prevalencia se sitúa, según recientes estudios, en torno al 20% de los pacientes mayores de 65 años² y otros trabajos la sitúan en más del 56% de pacientes institucionalizados.

Por otro lado, es mucho más frecuente en el sexo femenino, por su relación con los cambios anatomofisiológicos resultantes de los embarazos y partos,

De acuerdo con el material no contenido nos encontramos un 60% de IF para gases, un 54% para heces líquidas y un 36% para heces sólidas³.

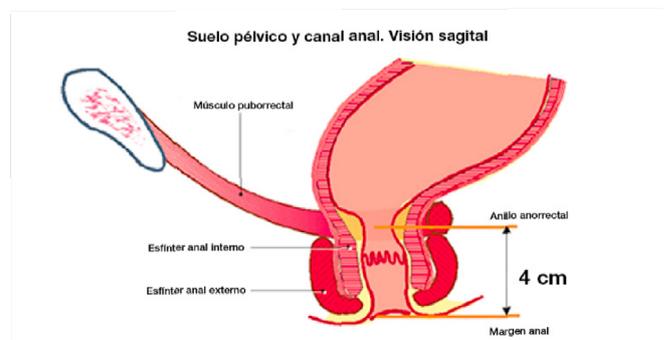


Figura 1

Anatomía funcional del ano y suelo pélvico.

CORRESPONDENCIA

Diego López Peñas
Hospital Infanta Margarita
14940 Cabra (Córdoba)
dlpymtbs@hotmail.com

Fecha de envío: 26/11/2018
Fecha de aceptación: 06/07/2018

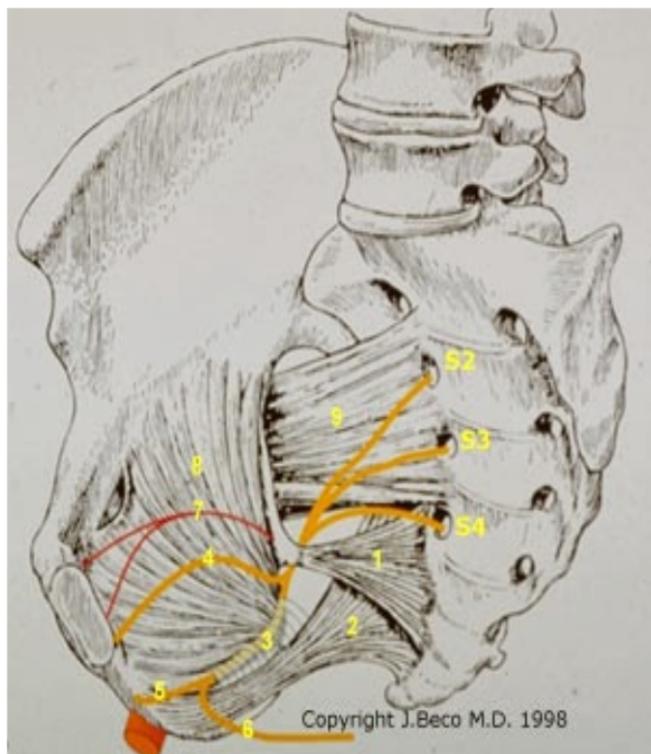


Figura 2 Recorrido del nervio pudendo.

Los datos epidemiológicos deben interpretarse cuidadosamente por tratarse de una infradiagnosticada por los motivos señalados anteriormente⁴.

Importancia

La importancia de la IF viene derivada de la afectación psicosocial que supone con un amplio menoscabo en la calidad de vida. Dicho menoscabo se ha intentado cuantificar mediante cuestionarios de calidad de vida e como el FIQL⁵, del cual se ha validado una versión española⁶. Mencionar además la Escala clínica de Wexner útil en la evaluación del suelo pélvico (**Tabla 1**). Otro apartado menos cuantificado es el de las importantes implicaciones socioeconómicas que derivan de la IF.

Etiopatogenia

Su relación con la edad avanzada es consecuencia de su origen multifactorial en relación a distintos cambios que se asocian con la misma: esclerosis y debilitamiento muscular, denervación, afectación neurológica central, impactaciones fecales más frecuentes, etc⁷.

El predominio femenino de la IF se deriva de la patología obstétrica que es la causa más frecuente como partos prolongados, recién nacidos de elevado peso, partos instrumentales, episiotomía, desgarró anal de tercer grado, partos domiciliarios, gemelares y múltiples. En relación a este último aspecto el porcentaje de IF en primíparas es del 35% y en múltiparas del 44%. Los cambios

Tabla 1. Escala de Wexner.

	Nunca	<1 vez mes	>1 vez mes <1 vez semana	>1 vez semana <1 vez día	>1 vez día
Incontinencia heces sólidas	0	1	2	3	4
Incontinencia heces líquidas	0	1	2	3	4
Incontinencia a gas	0	1	2	3	4
Uso compresa o pañal	0	1	2	3	4
Alteración de la vida social	0	1	2	3	4

neuromusculares acontecidos durante el parto son los responsables de IF que, si bien en una zona inicial no se tienen porque manifestar, con el paso de los años debido a los factores relacionados con la edad terminan por aparecer⁷.

Las alteraciones neurológicas tanto centrales encefálicas como la demencia o el ictus como medulares o de las raíces sacras S2, S3 y S4 ocasiona la pérdida del control voluntario de la incontinencia tanto por déficit de sensibilidad rectal, lo que lleve a que en muchas ocasiones se asocia estreñimiento, como por denervación muscular. Un buen ejemplo es lo que se conoce como neuropatía del suelo pélvico por afectación del nervio pudendo que ocasiona un descenso del suelo pélvico, y es que más habitual en pacientes con situación de distensión crónica habitual de dicho nervio, de recorrido infructuoso especialmente en múltiparas y pacientes con estreñimiento crónico⁷.

La cirugía anal previa, en especial aquella que afecte a la musculatura esfinteriana como la fistulectomía, esfinterotomía lateral interna, hemorroidectomía o dilatación anal se asocia igualmente a incontinencia.

Otras alteraciones morfológicas como el prolapso rectal que se asocia con un 50 a 75%, intususcepciones o periné descendente se asocian a IF.

Otras causas pueden ser las lesiones traumáticas de suelo pélvico y área esfinteriana y la diabetes mellitus; en cualquier caso lo más frecuente es que se trate de una patología multifactorial en la que en cada paciente tenga lugar más de una causa^{7,8}.

Abordaje diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico en base a los criterios de Roma; si bien es necesario confirmar su existencia y realizar una gradación de la misma.

Anamnesis

La base es la realización de una anamnesis cuidadosa en una situación de intimidad con el paciente, en la que se debe preguntar por el número de deposiciones diarias, si hay urgencia o sensación de heces previa, manchado de ropa interior y consistencia de las heces emitidas.

Hay que preguntar por antecedentes quirúrgicos, obstétricos, de estreñimiento previo y por la toma de fármacos que ocasionen relajación anal o diarrea.

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con la pseudoincontinencia ocasionada por la diarrea intensa.

No olvidar preguntar por el grado de afectación en la calidad de vida, cumplimentando para mayor precisión escalas específicas.

Los diarios de seguimiento del paciente a cumplimentar por el paciente diariamente ayudan a detectar la falta de cumplimiento o la ineficacia del tratamiento⁷.

Exploración

La exploración es fundamental empezando por una inspección del periné para identificar su descenso (objetivable mediante el empleo de perineómetro) y la presencia de lesiones o cicatrices.

El tacto anal para detectar lesiones, cicatrices y lesiones del tabique rectovaginal. Se debe realizar siempre de forma dinámica empezando por el tacto en reposo, para evaluar el tono del esfínter anal interno de musculatura involuntaria, durante la tos para valorar escapes durante la misma y el reflejo tusígeno, durante la contracción voluntaria para valorar la musculatura estriada voluntaria dependiente del esfínter anal interno y del músculo puborrectal (fibras que forman parte del músculo elevador del ano) que forman una lazada anterior en el tercio superior del canal anal y por último durante la maniobra defecatoria para descartar disinerxia defecatoria o detectar prolapsos o intususcepción.

El tacto rectal nos permite detectar masas, fecalomas y rectocele o enterocele⁷.

Técnicas diagnósticas

La manometría anorrectal es la técnica inicial y fundamental en el diagnóstico. Nos permite realizar el perfil presivo (en reposo y contracción voluntaria para estudio de los músculos señalados), la sensibilidad rectal, la presencia del reflejo rectoanal inhibitorio (RRAI) y la compliance rectal que serán comentados en otros capítulos⁸.

La realización de un test de perfusión de solución salina intrarrectal mediante la infusión de 1.500 cc de suero calentado a lo largo de treinta minutos, nos permite cuantificar el grado de IF y monitorizar la respuesta al tratamiento para el control evolutivo de la IF. Se considera normal un porcentaje de retención superior al 80%; aunque elevaciones en el porcentaje de retención aún inferiores al 80% consiguen una mejoría en la calidad de vida del paciente⁹.

La determinación del tiempo latencia nervios pudendos (**Figura 3**) nos permite diagnosticar y cuantificar el origen neurológico de la IF, así como orientar el tratamiento más adecuado a cada en virtud de la indemnidad de la inervación muscular esfinteriana¹⁰.

La ecografía endoanal (**Figura 4**) nos permite valorar y graduar el componente muscular de la incontinencia valorando el grado de lesión de los 3 músculos fundamentalmente implicados (los esfínteres interno y externo y el puborrectal) así como la existencia de patología asociada (abscesos, fístulas, etc.)¹¹.

La videodefecografía radiológica y mediante resonancia magnética (**Figura 5**) tiene un carácter dinámico que nos ofrece una visión morfofuncional de la contracción voluntaria y de la maniobra defecatoria, siendo especialmente útil en la detección de patología rectal como el rectocele, enterocele, el periné descendente y la intususcepción¹².

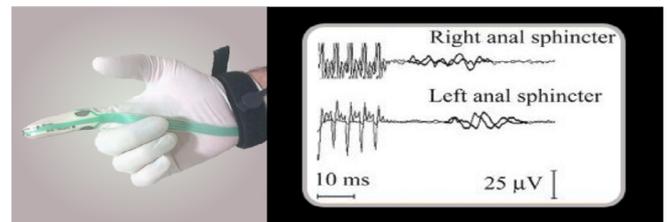


Figura 3

Estudio de latencia de nervios pudendos.

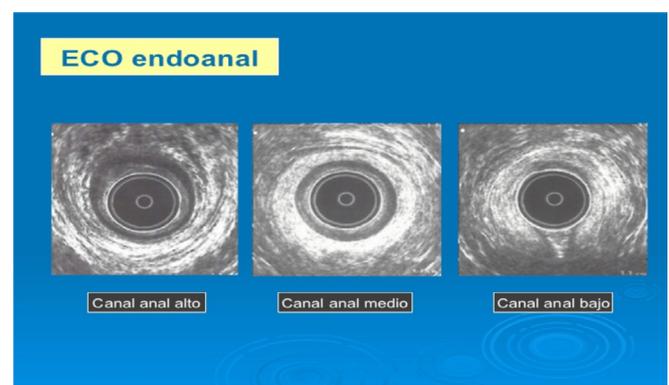


Figura 4

Ecografía endoanal por segmentos del canal anal.

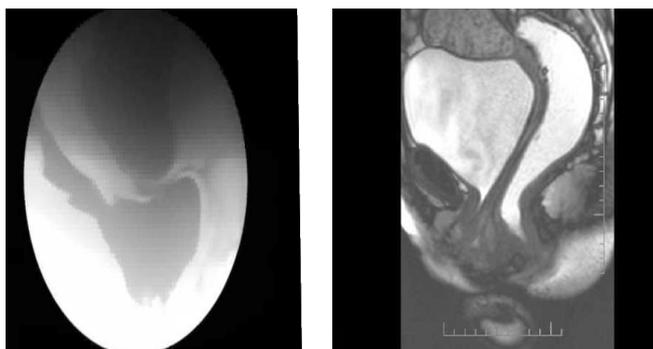


Figura 5

Videodefecografía radioscópica y por RMN.

Tratamiento

Existen causas concretas de hepatopatía que pueden agravar, per sé, el desequilibrio hemostático, como ocurre con el consumo enólico. Éste, además de inhibir directamente la agregación plaquetaria, suele acompañarse de déficits nutricionales que pueden disminuir la maduración de megacariocitos, aumentando la plaquetopenia. En sentido opuesto, puede disminuir la fibrinólisis, lo que promovería la trombogénesis.

Como fármacos que puedan ayudar al tratamiento sintomático de la incontinencia tenemos los formadores de volumen fecal a base de fibra para darle forma a las heces y facilitar la sensibilidad rectal. Para disminuir el tiempo de tránsito colónico y favorecer el endurecimiento de las heces como la loperamida o los quelantes de sales biliares. En los casos de incontinencia asociada a impactación fecal como en la encopresis, los pasos serían el tratamiento evacuador y posteriormente la administración de laxantes y la posterior programación de enemas¹³.

La reeducación rectoanal o *biofeedback* (Figura 6) es la técnica inicial más empleada y la más estudiada en la IF que ha mostrado su efectividad en diferentes estudios¹⁴⁻¹⁶. El objetivo fundamental es incrementar la capacidad de contracción de la musculatura esfinteriana voluntaria (puborrectal MPR y esfínter



Figura 6

Sesión de *biofeedback*.

anal externo EAE) ante menor sensación ocupación rectal de forma progresiva mediante una maniobra correcta y coordinada.

Ello se consigue bajo visión directa y con control visual y auditivo, a veces con imágenes llamativas visualmente para los niños del perfil de presiones del paciente. No es incompatible con la cirugía pudiendo emplearse de forma complementaria antes y después de la cirugía¹⁴⁻¹⁷.

Si no se dispone de un aparato de manometría un simple plan de rehabilitación basado en las medidas que se trabajan durante el *biofeedback* puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento quirúrgico incluye en los casos menos graves desde la reparación de los defectos musculares del aparato esfinteriano mediante reparación de los músculos EAE + MPR mediante esfinteroplastias hasta la realización de aposiciones, plicaturas, o solapamiento. Un 70% de los pacientes sometidos a esfinteroplastia anterior tuvieron mejoría clínica, pero sólo un 55% consideraron que su continencia había mejorado; si bien un 45% estuvieron satisfechos con la cirugía¹⁸.

Cuando existe marcada ausencia muscular se pueden emplear técnicas de transposición de otros músculos: gracilis, glúteos con/sin neuroestimuladores, colocación de un esfínter artificial. Las técnicas más complejas exigen la valoración cuidadosa de su potencial beneficio, ya que no están exentas de morbilidad¹⁹.

Las nuevas técnicas incluyen la neuroestimulación tibial o de raíces sacras (Figura 7) que está aumentando progresivamente su implantación en nuestro país con una efectividad demostrada en diferentes series de casos; así pues un estudio multicéntrico doble ciego de 34 pacientes con neuroestimulación sacra demostró que 24 (89%) mejoraron durante el tratamiento activo de un mes comparado con placebo (63%)²⁰. Estos resultados para la neuroestimulación tibial pueden llegar hasta el 70%. Existen otras técnicas como la administración de radiofrecuencia (método SECCA*) y otras que buscan aumentar la superficie del canal anal empleando politetrafluoroetileno, grasa autóloga, colágeno tratado con glutaraldehído (GAX), macro-moléculas sintéticas como cuentas de óxido de circonio cubiertas de carbón y silicona inyectable. La aplicación de técnicas de magnetismo o el empleo de células madre continúan aún en estudio²⁰⁻²².

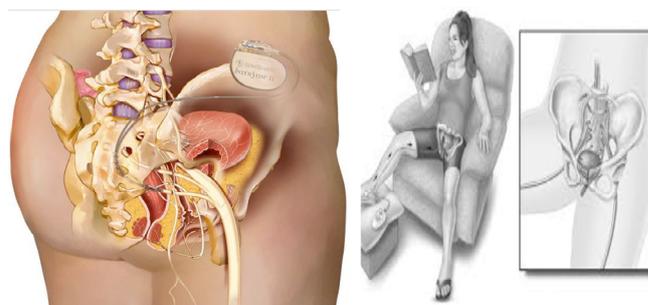


Figura 7

Neuroestimulación sacra y tibial posterior.

La realización de una colostomía definitiva; aunque habitualmente es considerada como el último recurso, debe ser considerada. En un estudio hasta un 84% de pacientes "probablemente" o "definitivamente" debieron de tener el estoma (comparado al tratamiento previo); aún más, la satisfacción global con el estoma fue calificada como 9/10. No obstante, llegado este momento, una alternativa mejor aceptada para el paciente puede ser la realización de enemas anterógrados a través de una cecostomía. No se debe perder de vista que el objetivo de cualquier tratamiento en la IF debe perseguir la mejoría de la calidad de vida^{23,24}.

Conclusiones

La IF tiene una prevalencia subestimada, con importantes implicaciones en calidad de vida y socioeconómicas. Su etiología es multifactorial. El abordaje diagnóstico debe ser secuencial desde una correcta anamnesis y exploración, pasando por la manometría anorrectal como técnica complementaria más importante hasta otros medios diagnósticos como la ecografía endoanal, el tiempo de latencia de nervios pudendos o la defecografía, por lo que resulta importante contar con medios diagnósticos para médicos especialistas en gastroenterología. El tratamiento resulta efectivo pero aún resulta poco empleado y abarca inicialmente desde las medidas rehabilitadoras de *biofeedback* hasta la cirugía, la neuroestimulación y nuevas técnicas que precisan contar con una valoración diagnóstica completa morfofuncional para garantizar el éxito terapéutico.

Bibliografía

- Sebastián Domingo J.J. The new Rome IV of functional digestive disorders in clinical practice. *Med Clin (Barc)* 2017; 148: 464-468
- Neil N, Inglese G, Manson A, Townshend A. A Cost-Utility Model of Care for Peristomal Skin Complications. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016; 43: 62-68
- Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut* 1999; 44: 77-80
- Sharma A, Yuan L, Marshall RJ, Merrie AE, Bissett IP. Systematic review of the prevalence of faecal incontinence. *Br J Surg* 2016 Nov; 103: 1589-1597
- Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG et al. Faecal incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 9-16
- Mínguez M, Garrigues V, Soria MJ, Andreu M, Mearin F, Clave P. Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence quality of life scale. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 490-499
- Muñoz-Yagüe T, Solís-Muñoz P, Ciriza de los Ríos C, Muñoz-Garrido F, Vara J, Solís-Herruzo JA. Faecal incontinence in men: causes and clinical and manometric features. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 7933-7940
- Roig JV, Villoslada C, Lledó S, Solana A, Buch E, Alós R et al. Prevalence of pudendal neuropathy in fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 952-958
- Bharucha AE, Fletcher JG, Harper CM, Hough D, Daube JR, Stevens C et al. Relationship between symptoms and disordered continence mechanisms in women with idiopathic faecal incontinence. *Gut* 2005; 54: 546-555
- Olson CH. Diagnostic testing for fecal incontinence. *Clin Colon Rectal Surg* 2014; 27: 85-90
- Albuquerque A. Endoanal ultrasonography in fecal incontinence: Current and future perspectives. *World J Gastrointest Endosc* 2015; 7: 575-581
- Fletcher JG, Busse RF, Riederer SJ, Hough D, Gluecker T, Harper CM et al. Magnetic resonance imaging of anatomic and dynamic defects of the pelvic floor in defecatory disorder. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 399-411
- Van Koughnett JA, Wexner SD. Current management of fecal incontinence: choosing amongst treatment options to optimize outcomes. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 9216-9230
- Lee HJ, Jung KW, Myung SJ. Technique of functional and motility test: how to perform biofeedback for constipation and fecal incontinence. *J Neurogastroenterol Motil* 2013; 19: 532-537 doi: 10.5056/jnm.2013.19.4.532. Epub 2013 Oct 7
- Jodorkovsky D, Dunbar KB, Gearhart SL, Stein EM, Clarke JO. Biofeedback therapy for defecatory dysfunction: "real life" experience. *J Clin Gastroenterol* 2013; 47: 252-255
- Vonthein R, Heimerl T, Schwandner T, Ziegler A. Electrical stimulation and biofeedback for the treatment of fecal incontinence: a systematic review. *Int J Colorectal Dis* 2013; 28: 1567-1577 doi: 10.1007/s00384-013-1739-0. Epub 2013 Jul 31
- Rao SS, Benninga MA, Bharucha AE, Chiarioni G, Di Lorenzo C, Whitehead WE. ANMS-ESMN Position paper and consensus guideline on biofeedback therapy for anorectal disorders. *Neurogastroenterol Motil* 2015; 27: 594-609 doi: 10.1111/nmo.12520. Epub 2015 Apr 1
- Brown SR, Wadhawan H, Nelson RL. Surgical for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(7):CD001757 doi: 10.1002/14651858.CD001757.pub4
- Forte ML, Andrade KE, Lowry AC, Butler M, Bliss DZ, Kane RL. Systematic Review of Surgical Treatments for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2016; 59: 443-469
- Leroi AM, Parc Y, Lehur PA, Mion F, Barth X, Rullier E et al. Efficacy of sacral nerve stimulation for fecal incontinence: Results of a multicenter double-blind crossover study. *Ann Surg* 2005; 242: 662-669
- Halland M, Talley NJ. Fecal Incontinence. Mechanisms and management. *Curr Opin Gastroenterol* 2012; 28: 57-62
- Rao SS. Current and emerging treatment options for fecal incontinence. *J Clin Gastroenterol* 2014; 48: 752-764

23. Chéreau N, Lefèvre JH, Shields C, Chafai N , Lefrancois M, Tired E et al. Antegrade colonic enema for faecal incontinence in adults: long-term results of 75 patients. *Colorectal Dis* 2011; 13: e238-242

24. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Funcional Anorectal Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1510-1518