

INCONTINENCIA FECAL

¿Qué es la incontinencia fecal?

La incontinencia fecal es la incapacidad de retener las heces, líquidos, o gases hasta que se encuentra el lugar y el momento socialmente adecuados para defecar. Este trastorno provoca problemas físicos y psicológicos que pueden causar rechazo social, aislamiento y alteraciones importantes en la calidad de vida de las personas que lo sufren. Por esta razón es importante que se consulte al médico de cabecera cuando hay una pérdida involuntaria continua o recurrente de material fecal (superior a 10 ml).

La incontinencia fecal puede llegar a afectar en distintos grados hasta un 15% de la población general, se presenta en un 4-6% de las mujeres después de un parto vaginal, incrementándose el porcentaje hasta un 17% en las personas ancianas.

Es aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres, principalmente por motivos de disposición de los órganos reproductores y urinarios en la pelvis de la mujer y por las posibles alteraciones asociadas al parto. Es un problema que se incrementa con la edad y es más frecuente en personas con otras enfermedades de la región pélvica.

Causas

El funcionamiento normal de la continencia anal, requiere una compleja participación de múltiples factores como el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), así como los nervios y músculos del ano. Está también influida por la consistencia de las heces, el movimiento de los intestinos, la capacidad de distensión del recto y la sensibilidad anal. Existen factores psicológicos que también interactúan con la continencia.

Cuando alguno de estos factores se altera, puede producirse incontinencia fecal. Partos difíciles, intervenciones quirúrgicas complejas realizadas en el ano, intervenciones del recto, o de órganos ginecológicos, en alguna ocasión pueden ser causa de incontinencia. Además, enfermedades generales como la diabetes, algunos problemas neurológicos, y la enfermedad inflamatoria intestinal si afecta al recto o al ano puede ser causa de incontinencia también. La gran mayoría de los pacientes presentan incontinencia por múltiples causas que poco a poco han ido debilitando su aparato esfinteriano o alterando su función defecatoria.

Existe un grupo pequeño de pacientes en los que no se puede determinar la causa de su incontinencia, y que los médicos catalogamos de Incontinencia idiopática (o de causa desconocida), y para los que también existe tratamiento.

¿Cómo se diagnostica?

El médico, tras una historia clínica completa (antecedentes, sintomatología, toma de medicamentos, cambios alimenticios, enfermedades asociadas y exploración física) realizará una evaluación del problema mediante una serie de preguntas ya estipuladas que permiten cuantificar la incontinencia, es decir, clasificarla en cuanto a gravedad. En las semanas siguientes deberá rellenar diariamente un Diario de Continencia. Consiste en un cuestionario que ayuda a determinar el tipo y severidad de la incontinencia.

Exploración física y pruebas para el estudio de la incontinencia

Después de realizar la entrevista con el paciente, el médico realizará una exploración física que incluye una inspección del ano y un tacto rectal para la evaluación completa del canal anal y una primera valoración de la fuerza de los esfínteres anales.

Las pruebas más frecuentemente realizadas para evaluar la incontinencia fecal son:

1. **Ecografía endoanal:** Consiste en un estudio que permite ver como están los esfínteres anales, mediante una sonda de ultrasonidos (no se utilizan rayos X), que se introduce por el ano. Es una exploración inocua, que no requiere ningún tipo de anestesia, y que puede provocar una ligera molestia o incomodidad sin causar dolor. Tiene una duración aproximada de 15 minutos.
2. **Manometría anorrectal-** Consiste en la determinación de las presiones de los esfínteres anales, es decir, permite evaluar la fuerza que tienen ambos esfínteres y si ésta es suficiente para controlar la función anal, así como la sensibilidad que tiene el recto para detectar la llegada de las heces. Se requiere la introducción de un tubo muy fino por el ano, y de la colaboración del paciente en realizar varias maniobras con el ano como contraerlo, relajarlo o simular la expulsión de las heces. Tiene una duración aproximada de 20 minutos.
3. **Estudio neurológico del territorio del nervio pudendo.-** Los nervios pudendos son los que inervan el canal anal. Se estudian mediante una prueba que requiere realizar un pequeño pinchazo en el ano, con una aguja muy fina, y permite evaluar la función nerviosa del aparato esfinteriano. Además se puede estudiar la sensibilidad de la zona del ano aplicando una fuente de frío y calor.
4. **Defecografía.-** En algunas ocasiones la incontinencia fecal se asocia a estreñimiento o dificultad defecatoria, y en estos casos es importante estudiar la forma cómo se realiza la defecación mediante una defecografía. Esta exploración consiste en la introducción a través del ano de un líquido espeso que contrasta el intestino. En ocasiones también se le pide al paciente que se tome un líquido por vía oral. Seguidamente se le solicita al paciente que se siente en un WC y que realice una maniobra para expulsar el contenido que se le ha introducido. Mediante radiografías se explora cómo se mueven los músculos, el recto y los intestinos durante la defecación. La prueba no es dolorosa y dura aproximadamente 20 minutos.

¿Qué tratamiento tiene?

El tratamiento de la incontinencia fecal se basa, en gran parte, en el tratamiento de la causa, y ello puede incluir tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas.

1. Tratamiento médico

Se suele ofrecer a pacientes con incontinencias leves y sin lesiones de los esfínteres. Incluye la abstinencia de alimentos que produzcan diarrea como el café, y el alcohol; la administración de agentes formadores de bolo fecal: metilcelulosa o plántago ovata (fibra sin abundante ingesta de agua), y fármacos antidiarreicos, como la loperamida o el difenoxilato. El éxito del tratamiento médico en la incontinencia fecal está entre un 10 y 20% de los casos.

2. Biofeedback

El biofeedback es una terapia de reeducación de la continencia. Consiste en la realización de unos ejercicios para rehabilitar la musculatura anal. Este tratamiento se realiza con una persona especializada en la prueba, que enseña al paciente a realizar los ejercicios. Incluye la colocación de un tubo estrecho por el ano y la visualización de la respuesta de contracción de los músculos en una pantalla. El paciente aprende a contraer la musculatura mirando el reflejo de sus ejercicios en la pantalla. Requiere mucha voluntad por parte del paciente, puesto que se necesitan varias sesiones de rehabilitación para obtener algún resultado.

3. Neuromodulación de raíces sacras

La neuromodulación de raíces sacras es un tratamiento que se basa en la colocación de un marcapasos que provoca una estimulación del ano produciéndose así, una rehabilitación continua del aparato esfinteriano.

4. Neuromodulación del nervio tibial posterior

La neuromodulación del nervio tibial posterior consiste en aplicar un estímulo eléctrico mediante una aguja muy fina, o mediante un parche en el nervio tibial posterior, que está situado en el tobillo. Esta estimulación modula los reflejos defecatorios corrigiéndolos.

5. Implante de material biocompatible en el ano.

Otra alternativa consiste en la aplicación de un material biocompatible en el ano para aumentar la presión de cierre del esfínter. La cirugía es sencilla y consiste en introducir las prótesis mediante un dispositivo especialmente diseñado. Suele realizarse bajo anestesia local.

6. Cirugía de reconstrucción de los esfínteres

Los pacientes con alteraciones de los esfínteres, que justifiquen la incontinencia, pueden requerir la reparación del mismo. Existen varias técnicas de reparación esfinteriana o esfinteroplastia, la efectividad de las cuales varía entre un 50 y un 70%. Asimismo, existe la posibilidad de reconstruir el aparato esfinteriano mediante cerclajes con musculatura de la pierna (graciloplastia).

7. Irrigaciones transanales

Las irrigaciones a través del ano, a modo de lavativas con 2 litros de agua, se proponen a los pacientes que no responden a ningún tratamiento, y como opción antes de plantear una colostomía. Los pacientes se introducen mediante una sonda y un sistema de irrigación unos 2 litros de agua a través del ano. Si funciona, el colon queda limpio y permite evitar los escapes durante un período variable de tiempo.

8. Colostomía

La colostomía terminal definitiva en los pacientes con incontinencia fecal se considera una opción terapéutica cuando el resto de tratamientos no han sido efectivos.

Revisado por equipo médico de pacientessemergen.es

Dr. Javier Precioso Costa NC: 4622492

Dr. Fernando M^a Navarro i Ros: 4622291

Cortesía de Asociación para la Incontinencia Anal (ASIA)