



Seminario: INCONTINENCIA FECAL. MANEJO

Autor: Marta Aparicio

INTRODUCCIÓN

La Incontinencia fecal (IF) es definida como el paso involuntario y recurrente de material fecal (sólido o líquido) a través del canal anal, así como la incapacidad para retrasar la evacuación hasta que esté socialmente aceptado. Según los criterios de Roma IV, deben ocurrir al menos 2 escapes en un periodo de 4 semanas durante al menos 3 meses, en individuos mayores de 4 años (1)

La IF afecta muy negativamente en la calidad de vida de las personas que lo sufren ya que les ocasiona vergüenza, miedo a salir de casa o relacionarse con otras personas. Además, supone para estas personas una importante carga económica ya que en algunos casos la IF les obliga a renunciar incluso a su trabajo. Son pacientes por todo ello, que presentan mayores tasas de ansiedad, estrés y depresión.

La prevalencia real es desconocida pues está infraestimada debido a que muchos pacientes (se cree que hasta un tercio de las mujeres) por vergüenza o miedo no consultan con sus médicos. Se sitúa en torno a 1.4% al 19.5% de la población. Aumenta con la edad (16% en mayores de 70 años) y en pacientes institucionalizados (56%), siendo más frecuente en mujeres (parece estar en relación con el trauma obstétrico acontecido durante el parto) (4)

Las causas de la IF son, en general, multifactoriales y varían en función del sexo, la edad y las enfermedades sistémicas de los pacientes (ver tabla, diapositiva número 5). Para que la continencia de las heces se mantenga es necesario que tanto las funciones sensoriales como motoras anorrectales estén conservadas, así como la capacidad



cognitiva y conductual del individuo sea la correcta. El fallo de **uno sólo de estos factores** compromete la continencia y la suma de un segundo o tercer factor suele marcar el origen relativamente súbito de la IF (2 a, 2)

En función de las características, podemos diferenciar 3 tipo de IF:

1. **IF de urgencia:** El paciente percibe y es consciente de la llegada de las heces al recto, pero por más que intenta cerrar el canal anal no es capaz de contenerlas hasta llegar al baño, y presenta escapes. Se asocia con alteraciones del esfínter anal externo (EAE) y puborrectal (PR), hipersensibilidad rectal, la disminución de la complianza rectal y diarrea (Síndrome de intestino irritable).
2. **IF pasiva:** El paciente no percibe la llegada de heces al recto. Presenta escapes involuntarios de heces sin ser consciente. Se asocia con lesiones del esfínter anal interno (EAI), la hiposensibilidad rectal, el aumento de la Complianza rectal y la diarrea por rebosamiento en pacientes con estreñimiento grave.
3. **Manchados, escurrimientos o Soiling:** Son manchados inconscientes de la ropa interior con continencia normal. Se asocian en general con evacuaciones incompletas, heces de baja consistencia, alteraciones estructurales (hemorroides, prolapso rectal) o alteraciones de la sensibilidad rectal.

MANEJO DE LA IF.

Recientemente se ha publicado una guía de consenso europea (1 a) basada en la evidencia científica disponible hasta el momento sobre el diagnóstico y tratamiento de la incontinencia fecal. En ella, se propone un algoritmo para el manejo de la misma (ver diapositiva 7)

La guía expone la importancia de la realización de una correcta historia y exploración física anorrectal para un diagnóstico inicial de la IF, adoptando tras éste medidas generales como primer escalón terapéutico seguido de biofeedback o ejercicios de suelo pélvico cuando no esté disponible. Si tras éstas el paciente no ha mejorado, se indagará



más profundamente en la etiología de la IF, ofreciendo al paciente tratamientos de segunda línea no quirúrgicos y finalmente quirúrgicos.

A. DIAGNÓSTICO

✓ HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

El pilar fundamental para un adecuado diagnóstico y orientación inicial de la IF es realizar una minuciosa historia clínica, evitando así infravalorar el problema. Para ello, es imprescindible ser cuidadoso y tener tacto y habilidad para escuchar y crear así un vínculo con el paciente. Es fundamental conocer las enfermedades sistémicas, antecedentes quirúrgicos y ginecológicos, el ritmo intestinal (Escala de Bristol), y las características de los escapes fecales: si aparecen con heces líquidas o sólidas, escapes de gases, si son conscientes o inconscientes, si aparecen con la tos, la frecuencia, uso o no de apósitos o pañales, asociación con incontinencia urinaria y la afectación de la calidad de vida. Completaremos la historia clínica con la exploración anorrectal ya que nos puede orientar de manera inmediata sobre las posibles causas de la IF. Debemos fijarnos en alteraciones anatómicas, cicatrices, prolapsos, presencia de fecalomas y valorar tanto en reposo como de manera dinámica el tono del canal anal.

Por otro lado, no nos debemos olvidar de facilitar a los pacientes un diario defecatorio que irán cumplimentando al inicio y a lo largo del tratamiento, así como escalas de gravedad (Escala de Wexner, la más empleada por gastroenterólogos y cirujanos por su sencillez, y St Marck's Hospital) y de calidad de vida (FIQLS, validada al español por GEMD-ASENEM), (5)

✓ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Si el paciente presenta signos de alarma o cambio en el ritmo intestinal deberemos realizar las pruebas correspondientes para descartar organicidad. De manera específica disponemos de las siguientes pruebas para valorar la IF (2a, 6):



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
**GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA**

-Manometría anorrectal (MAR): según la Guía del American College of Gastroenterology, es la prueba clave para la valoración motora y sensorial anorrectal en la IF. Siempre que sea posible ha de ser de Alta resolución, y debe realizarse siguiendo el Protocolo de Londres. Nos va a permitir mejorar el conocimiento de las bases fisiopatológicas de la IF lo que nos va a ayudar a elegir el tratamiento óptimo en cada paciente. Con la MAR podemos valorar la Presión de reposo del canal anal (EAI), la presión y duración de la contracción voluntaria (EAE y Puborrectal), el reflejo de la tos, el reflejo rectoanal-inhibitorio, la coordinación anorrectal y la capacidad, distensibilidad y sensibilidad rectal. Así mismo, se puede completar el estudio con un Test de expulsión del Balón.

Dada la valiosa información que nos aporta esta prueba, parece más razonable realizarlo tras la valoración inicial y siempre antes del tratamiento rehabilitador con biofeedback.

-Pruebas de imagen para valoración de canal anal y el suelo pélvico: Ecografía endoanal, Resonancia magnética pélvica (RM pélvica) y Videodefecografía. La ecografía endoanal es la técnica de primera elección, por su sencillez, precio y amplia disponibilidad para la valoración de la integridad esfinteriana. Es la mejor técnica para valorar el EAI. La RM pélvica, comparada con la anterior, nos va a permitir valorar mejor el EAE y su atrofia, así como distinguir entre cicatrices y defectos esfinterianos. Además, permite valorar el resto de los órganos del suelo pélvico. Por último, la defecografía es una técnica útil en casos seleccionados si se sospecha alteración estructural asociada.

-Rapid barostato Bag: es la técnica de elección para valorar la capacidad, la complianza y la sensibilidad rectal.

-Electromiografía: permite valorar la latencia pudenda y descartar origen radicular de la IF, así como hacer un electromiograma del EAE.

B. TRATAMIENTO:



El objetivo del tratamiento de la IF es conseguir un control de la continencia y mejorar así la calidad de vida. De manera global, se considera éxito del tratamiento cuando se logra disminuir los escapes al 50% del basal. La guía europea (1 a) de consenso nos propone un tratamiento escalonado:

✓ PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

-MEDIDAS GENERALES: En primer lugar, se debe revisar la medicación que toma el paciente y puede favorecer la diarrea y los escapes (metformina, antidepresivos, uso excesivo de laxantes..), así como bebidas ricas en cafeína y edulcorantes. En algunos pacientes, sobre todo los que presentan diarrea, pueden ser útiles dietas sin lactosa, fructosa o bajas en FODMAPs (1a ,4 a,7). En aquellos que presentan una baja consistencia de las heces, el uso de suplementos de fibra puede ser útil. De todas las opciones disponibles el Psyllium es la fibra de elección, pues ha demostrado ser superior a placebo, metilcelulosa y goma arábica, reduciendo en un 50% los escapes (3). Por otro lado, es fundamental normalizar el ritmo intestinal, en aquellos con estreñimiento hay que evitar la formación de fecalomas , y en los pacientes con diarrea pueden usarse fármacos como la Loperamida (similares resultados que a Psyllium), la rescolesteramina o la amitriptilina. En cuanto a la modificación del estilo de vida, aunque no existen estudios al respecto, parece razonable mejorar la obesidad, y reducir el consumo de alcohol y tabaco. Por último, se recomienda a los pacientes el uso de apósitos absorbentes como compresas o pañales, así como cremas que eviten la formación de eccemas en la piel (1a)

-BIOFEEDBACK (BFB): Es la terapia que se debe ofrecer a todos los pacientes, siempre que por sus características físicas y cognitivas puedan realizarlo. El objetivo de este tratamiento es triple: mejorar la presión y la duración del cierre del conducto anal o contracción voluntaria, modular la percepción rectal tanto para mejorar la capacidad



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
**GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA**

de percepción de pequeños volúmenes de distensión rectal como la de grandes distensiones rectales sin experimentar sensación de urgencia defecatoria, así como la capacidad de coordinar ambos fenómenos en el tiempo.

La eficacia del BFB en la IF es controvertida (estudios de baja calidad, gran variabilidad en metodología y criterios de evaluación de la eficacia del tratamiento). Se estima que de manera global la eficacia del tratamiento es superior al 75%, con resultados que varían entre el 54% y el 90% (ver tabla resumen de los principales estudios, diap. 13). En los hospitales donde esta terapia no está disponible, se puede instruir al paciente a realizar ejercicios de suelo pélvico y de Kegel en el domicilio (3a)

Si tras la instauración de los tratamientos de primera línea el paciente no mejora, deberemos valorar realizar otras pruebas diagnósticas, fundamentalmente de imagen que valoren la anatomía esfinteriana y/o del suelo pélvico, y siempre antes de tomar una decisión quirúrgica. En otras ocasiones, por ejemplo, si el paciente presenta escapes con el Valsalva deberemos solicitar un estudio neurofisiológico para estudiar la integridad los nervios pudendos. Por otro lado, debemos recordar que dado el complejo manejo de estos pacientes éste debe ser siempre multidisciplinar.

✓ SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO, NO QUIRÚRGICA

-ESTIMULACIÓN DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR (ENTP): Existen dos técnicas, una percutánea en la que el electrodo lleva una aguja (ENTP-P) y otra transcutánea (ENTP). La mayor parte de los estudios disponibles son heterogéneos, con diferentes protocolos y objetivos, por lo que es difícil extraer. No obstante, en las revisiones sistemáticas realizadas parece que la ENTP-P disminuye los episodios de IF a la semana, aunque de manera no significativa, no observándose mejoría en la percepción de gravedad de los pacientes ni en la calidad de vida. La ENTP-T no debe emplearse por su escasa respuesta (8,9)



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
**GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA**

- IRRIGACIONES TRANSANALES (ITA): La mayor parte de los estudios están realizados en pacientes con intestino neurógeno. No existen ensayos clínicos, ni estudios observacionales con grupo control en pacientes con IF. Únicamente se dispone de un estudio retrospectivo no controlado, que incluye 238 pacientes con IF donde se observó que la ITA mejora la severidad de la IF (mejoría en las escalas de gravedad y calidad de vida) comparado con su estado basal, sin presentar efectos adversos (10)
- OBTURADORES ANALES: Están indicados para uso por cortos periodos de tiempo. Si son tolerados (hiposensibilidad rectal), presentan elevadas tasas de satisfacción y continencia.

✓ SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO, QUIRÚRGICA

- ESTIMULACIÓN DE RAÍCES SACRAS (ERS): En una revisión de la Cochrane de 2015 recomienda su uso a pesar de la limitada evidencia en pacientes con IF (11). En la revisión posterior de la guía europea de 2022 donde se incluyen 6 ensayos clínicos controlados concluye, que la ERS disminuye el número de episodios y la severidad de la IF, y que los pacientes portadores de ERS presentan mejor calidad de vida que con tratamiento conservador (1a). Por ello, la ERS recomendada de segunda línea cuando el resto de los tratamientos conservadores han fallado (incluido ENTP-P).
- INYECCIÓN DE AGENTES FORMADORES DE VOLUMEN EN EL ESFÍNTER ANAL: la sustancia más estudiada ha sido las microesferas de dextranamer estabilizadas con ácido hialurónico (otras: siliconas, gel Solesta). Debido a la ausencia de evidencia científica, no se recomienda su uso en la IF (1a)
- ESFINTEROPLASTIA (TARDÍA): la técnica más empleada es el “solapamiento”. Otras técnicas como la graciloplastia están en desuso por sus efectos adversos. En un estudio retrospectivo de Malouf et al del año 2000, se observa como el 70% de las pacientes (con daño esfinteriano de origen obstétrico) sometidas a esta técnica mejoran la IF con una disminución del 50% el número de escapes, presentando una importante pérdida de eficacia a largo plazo (7). Por ello, la guía europea lo recomienda en casos



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA

seleccionados cuando han fallado el resto de las opciones terapéuticas teniendo en cuenta este aspecto.

Por el contrario, las lesiones esfinterianas obstétricas especialmente los desgarros grado III y IV deben ser reparados siempre tras el parto.

- COLOSTOMÍA O FORMACIÓN DE ESTOMA DEFINITIVO: existe una escasa evidencia científica, los estudios se limitan a series de casos retrospectivas. Norton et al. en 2005 Colquhoun et al. 2006 observaron como la calidad de vida de los pacientes con IF sometidos a colostomía era mejor que la de los pacientes sin ella (12). Sin embargo, a la vista de la evidencia actual, la formación de una estoma permanente o una colostomía debe considerarse como el último recurso cuando todas las demás intervenciones para la incontinencia fecal han fallado, ya que además no están exentas de una elevada morbi-mortalidad.

CONCLUSIÓN:

- La Incontinencia fecal es una patología infradiagnosticada, con una elevada prevalencia, que provoca en quien la sufre un importante deterioro en su calidad de vida
- Para un correcto manejo es fundamental realizar una historia clínica detallada y una minuciosa exploración anorrectal que nos permita orientar el diagnóstico
- El manejo de estos pacientes debe ser escalonado, desde terapias más conservadoras a las más agresivas, y siempre multidisciplinar.