

La incontinencia fecal, caracterizada por el escape accidental e incontrolable de heces, es un problema que afecta a muchas personas, alterando de forma importante la calidad de vida. Actualmente hay varios tratamientos que ofrecen una solución eficaz a este problema.

¿Qué es la incontinencia fecal?

La incontinencia fecal es la incapacidad de retener las heces, líquidos, o gases dentro del ano 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 padecen.

¿Es un problema frecuente?

No hay suficientes estudios que permitan conocer el número de personas que sufren incontinencia fecal, ya que el problema no siempre se admite, ni se consulta por ello. Diferentes estudios epidemiológicos apuntan algunos datos sobre la magnitud de esta disfunción: puede llegar a afectar en diferentes grados hasta un 15% de la población general, se presenta en un 4-6% de las mujeres después de un parto vaginal, incrementando el porcentaje hasta un 17% en las personas mayores.

La incontinencia fecal es aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres, principalmente por motivos de disposición de los órganos reproductores y urinarios en la pelvis femenina 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.

¿Por qué puede suceder?

El funcionamiento normal de la continencia anal requiere una compleja participación de múltiples factores como el sistema nervioso central (el 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. Hay factores psicológicos que también interaccionan 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 el recto o el ano, puede ser causa de incontinencia. 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.

Hay 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 hay tratamiento.

¿Qué gravedad tiene?

La incontinencia fecal en la gran mayoría de los casos se trata de un problema que no pone en peligro la supervivencia del paciente. Sin embargo, implica una alteración muy importante en la calidad de vida, y en la mayoría de los pacientes puede terminar afectando la vida personal, social y laboral. Por esta razón es importante que se consulte cuando se presenta.

¿Cómo se estudia la incontinencia?

Catalogar y cuantificar la incontinencia

El médico, después de una historia clínica convencional, realizará una evaluación del problema mediante una serie de preguntas ya estipuladas que permiten cuantificar la incontinencia, es decir, clasificarla en cuanto a la gravedad. En las semanas siguientes el paciente deberá rellenar diariamente un Diario de Continencia; este consiste en un cuestionario que permitirá determinar el tipo y severidad de la incontinencia. Esto permitirá:

- 1) Evaluar la gravedad inicial de la incontinencia.
- 2) Determinar el tipo de incontinencia que tiene el paciente.
- 3) Decidir el mejor tratamiento que se le puede ofrecer.
- 4) Evaluar los resultados del tratamiento y así ver si se requiere algún tratamiento complementario y de qué tipo podrá ser.

Así pues, una persona con incontinencia deberá familiarizarse con el Diario de Continencia, leerlo en la consulta con el médico que la trate, realizar todas las preguntas sobre las dudas que se le ocurran para poder cumplimentar el diario de la mejor manera posible, y comprometerse a llenarlo cada día, durante un periodo mínimo de 3 semanas.

<i>Responda a estas preguntas al final del día, poniendo una señal cada vez que le pase una de las siguientes situaciones:</i>	DÍAS						
	1	2	3	4	5	6	7
1) He ido corriendo al baño y he llegado a tiempo, no se me ha escapado nada							
2) He ido corriendo al baño y se me ha escapado							
3) Se me ha escapado sin darme cuenta							
4) He ido al baño normal sin que se me escapase							
NÚMERO TOTAL DE VECES QUE HE HECHO DE VIENTRE <i>(suma de todas las cruces de las señales 1,2,3 y 4</i>							

Evaluación de la calidad de vida

Los pacientes con incontinencia fecal sufren alteraciones importantes en su calidad de vida. A pesar de la cuantificación de la incontinencia, dos pacientes con incontinencias muy diferentes pueden tener alteraciones igualmente severas de la calidad de vida. A un paciente no le puede molestar la incontinencia a gases, pudiendo ser para otra persona muy limitante en sus actividades diarias.

La evaluación sistemática de la calidad de vida es relevante para la valoración completa del problema, así como para la evaluación de terapias que intenten corregirla. Esto se lleva a cabo mediante unos cuestionarios que el médico realiza en la consulta y que versan sobre preguntas relacionadas con la vida cotidiana, y de las limitaciones producidas por la incontinencia.

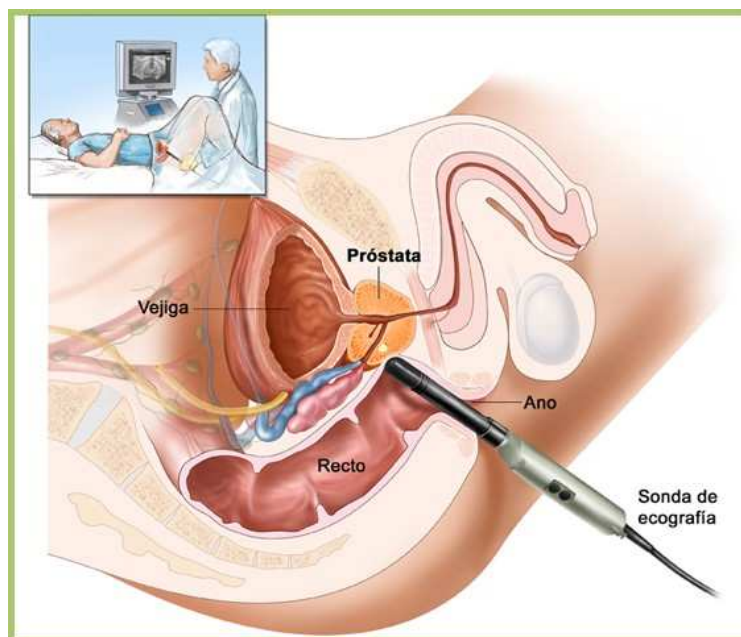
Exploración física y pruebas para el estudio de la incontinencia

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

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

Ecografía endoanal:

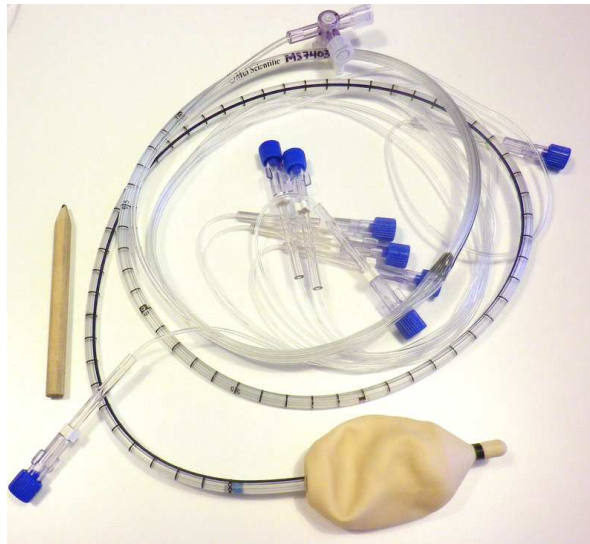
Consiste en una estudio que permite ver cómo están los esfínteres anales, mediante una sonda de ultrasonidos (no se utilizan rayos X), que se introduce por el ano. Es una exploración inocua, que no requiere ningún tipo de anestesia, y que puede provocar una ligera molestia o incomodidad, sin causar dolor. Tiene una duración aproximada de 15 minutos.



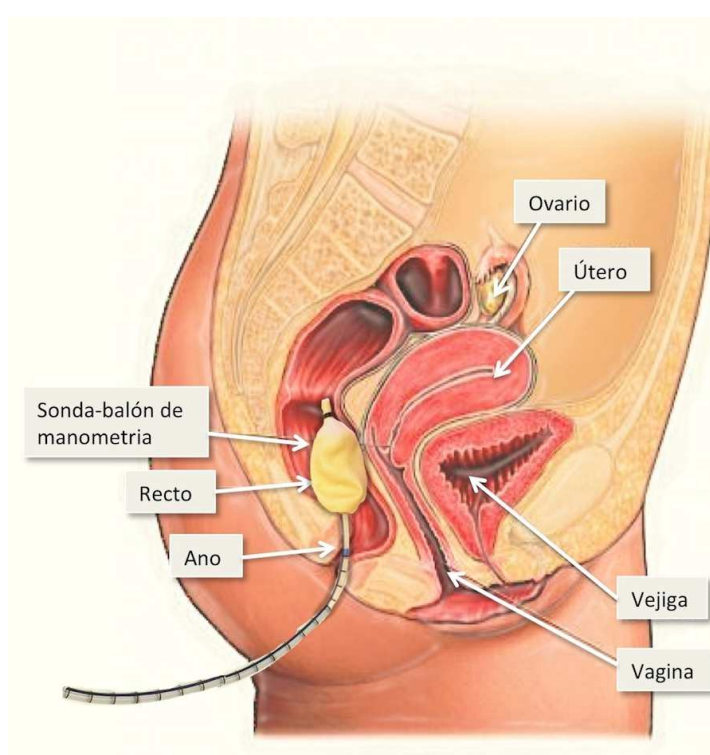
Ecografía endoanal

Manometría anorrectal:

Consiste en la determinación de las presiones de los esfínteres anales, es decir, permite evaluar la fuerza que tienen los dos esfínteres y si ésta es suficiente para controlar la función anal, así como la sensibilidad que tiene el recto para detectar la llegada de heces. Se requiere de la introducción de un tubo muy fino por el ano, y de la colaboración del paciente a realizar diversas maniobras con el ano como contraerlo, relajarse o simular la expulsión de las heces. Tiene una duración aproximada de 20 minutos.



Globo y sonda de manometría anorrectal



Esquema de la manometría anorrectal

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.

Defecografía:

En algunas ocasiones la incontinencia fecal se asocia a estreñimiento o dificultad defecatoria y en estos casos es importante estudiar la forma como 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. A veces también se le pide al paciente que se tome un líquido por la boca. Seguidamente se le pide que se asiente en un WC y que realice una maniobra para expulsar el contenido que se le ha introducido. Mediante radiografías explora cómo se mueven los músculos, el recto y los intestinos durante la defecación. La prueba no es dolorosa y dura aproximadamente 20 minutos.



Imagen de la silla-WC para la defecografía

¿La incontinencia fecal tiene tratamiento?

El tratamiento se basa, en gran parte, en el tratamiento de la causa que puede incluir tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas.

Tratamiento médico

El manejo no quirúrgico de la incontinencia se suele ofrecer a los pacientes con incontinencias leves y sin lesiones de los esfínteres. Las opciones de tratamiento médico incluyen la abstinencia de alimentos que produzcan diarrea como el café y el alcohol; la administración de agentes formadores de bolo fecal: metilcelulosa o plantago ovata (fibra sin abundante ingesta de agua), y fármacos antidiarreicos, como la loperamida o el difenoxilato que han demostrado tener efecto sobre la respuesta del esfínter anal interno y resultan muy útiles en pacientes con pérdidas crónicas. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal o colitis infecciosas deberán administrar fármacos para estas patologías específicas. El éxito del tratamiento médico en la incontinencia fecal está entre un 10 y 20% de los casos.

Biofeedback

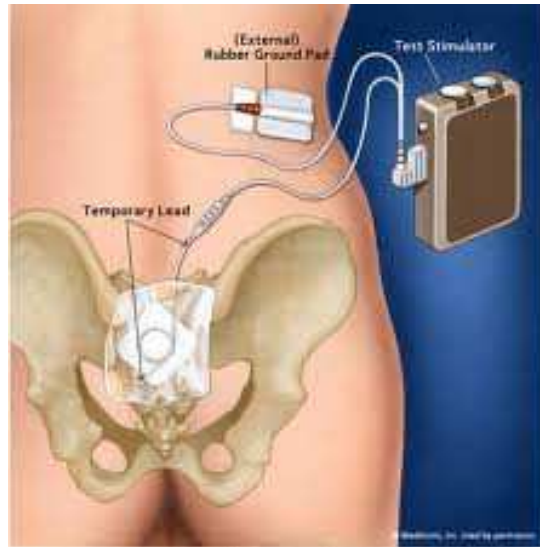
El biofeedback constituye una terapia de reeducación de la continencia. Consiste en la realización de unos ejercicios con la musculatura anal para rehabilitarla. Este tratamiento se realiza con una persona especializada en la prueba, que enseña al paciente a realizar los ejercicios. Incluye la colocación 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 el monitor. Requiere mucha voluntad por parte del paciente, ya que se requieren varias sesiones de rehabilitación para obtener algún resultado. Los pacientes candidatos a biofeedback deben ser pacientes con buena predisposición para realizar el procedimiento.

Neuromodulación de las raíces sacras

La neuromodulación de raíces sacras es un tratamiento aparecido en el 2000. Se basa en la colocación de un marcapasos que provoca una estimulación del ano. Los resultados actuales son muy satisfactorios y muchos pacientes ya se están beneficiando de este tratamiento.

Consta de 2 grandes fases: la primera fase, o fase de prueba, implica la colocación de un electrodo (pequeño cable) en la zona sacra, que se coloca bajo anestesia local, y que se conecta a una pila externa. El paciente lo lleva colocado durante 3 semanas para que podamos ver qué resultado tiene esta estimulación en la incontinencia.

En los pacientes en que la continencia mejora, se colocará todo el sistema completo, bajo la piel, a modo de marcapasos que actuará de forma permanente, produciéndose así, una rehabilitación continua del aparato esfinteriano. Ambas cirugías se realizan bajo anestesia local y el paciente generalmente no requiere ingreso hospitalario.



Fase de estimulación provisional, o de prueba, con el estimulador externo, quedando el dispositivo bajo la piel.

Neuromodulación del tibial posterior

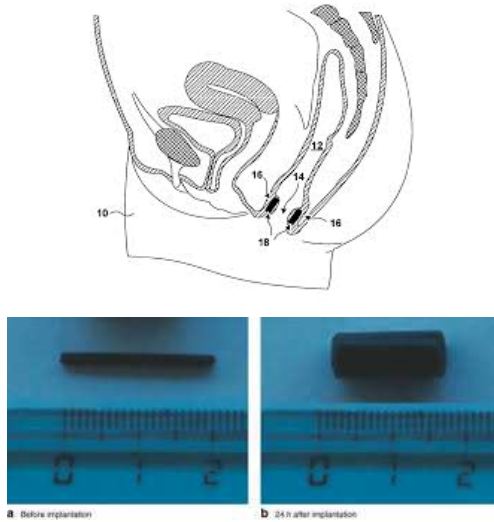
La neuromodulación del tibial posterior consiste en aplicar un estímulo eléctrico mediante una aguja muy fina, o mediante un parche, en el nervio tibial posterior, que está situado en el tobillo. Esta estimulación modula los reflejos defecatorio corrigiéndolos. Se necesita la realización de varias sesiones de tiempo variable, en el hospital o en casa. Los resultados publicados hoy en día en la literatura son esperanzadores.



Esquema de la terapia de neuromodulación del tibial posterior

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. Se suele realizar bajo anestesia local. Hay varios dispositivos comercializados en el mercado y con resultados esperanzadores.



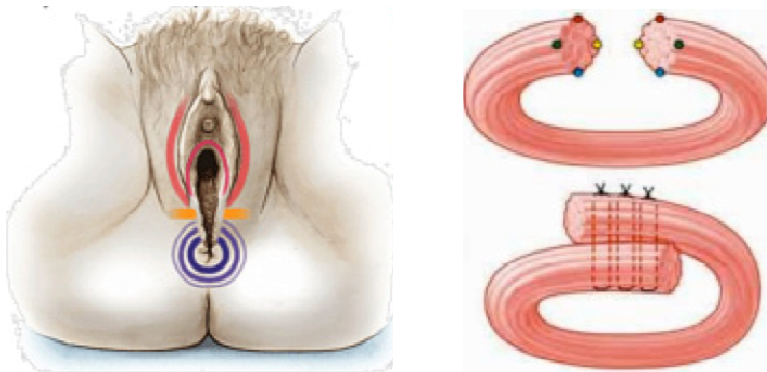
Prótesis biocompatibles para implantar alrededor del ano



Dispositivo aplicador de las prótesis

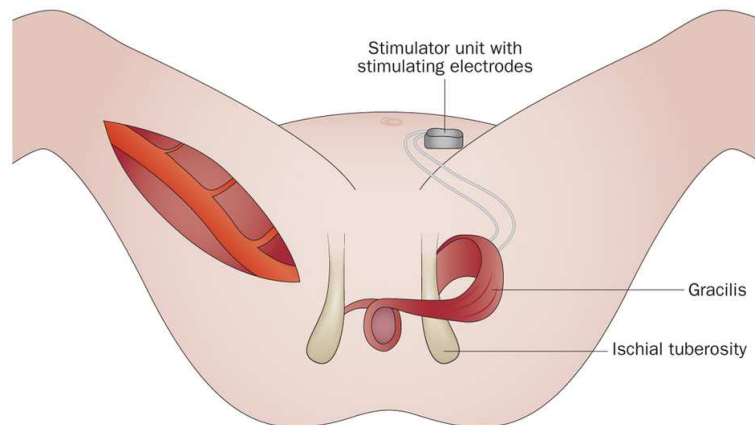
Cirugía de reconstrucción de los esfínteres

Los pacientes con alteraciones de los esfínteres, que justifiquen la incontinencia, pueden requerir la reparación de los mismos. Existen varias técnicas de reparación esfinteriana o esfinteroplastia, la efectividad varía entre un 50 y un 70% según las series. La cirugía se realiza normalmente con anestesia raquídea y requiere de ingreso hospitalario durante unos días. Tras la reparación se suele recomendar la realización de biofeedback para reforzar la musculatura reparada.



Esquema de la esfinteroplastia

Asimismo existe la posibilidad de reconstruir el aparato esfinteriano mediante cerclajes con musculatura de la pierna (Graciloplastia). En la mayoría de los casos la cirugía del cerclaje debe ir asociada a una cirugía de colocación de unos cables y una pila que transformarán las características del músculo para que pueda mantener una presión de cierre constante alrededor del ano (Graciloplastia dinámica). Los pacientes disponen de un mando para apagar el dispositivo y poder relajar el músculo cuando quieren defecar. Se trata de una cirugía de una complejidad considerable, por lo que se aconseja su realización en centros altamente experimentados con esta técnica quirúrgica; se realiza bajo anestesia general y requiere de ingreso hospitalario del paciente durante unos días.



Graciloplastia dinámica

Irrigaciones transanales

Las irrigaciones a través del ano 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 las fugas durante un período variable de tiempo. Este tratamiento requiere un pequeño entrenamiento a la consulta, se puede completar en unos 20 minutos en casa, y debe realizarse cada 24 o 48 horas. La eficacia demostrada en la literatura es de alrededor del 60% y la tolerancia es variable.

Colostomía

La colostomía terminal definitiva en los pacientes con incontinencia fecal se considera una opción terapéutica cuando el resto de tratamientos no hayan sido efectivos. En muchos pacientes, resulta una buena solución, ya que un buen control de la ostomía permite la realización de una vida prácticamente normal, y se pueden corregir muchas de las alteraciones de la calidad de vida que la incontinencia fecal provocaba.



¿Dónde se puede pedir ayuda?

La primera ayuda se suele solicitar al médico de cabecera. Este evaluará inicialmente el problema y podrá derivar a un centro hospitalario donde se disponga de un equipo que esté especializado en la evaluación y tratamiento de los pacientes con incontinencia fecal.