

DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.927>

Tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal, a propósito de un caso

Surgical treatment of anal incontinence, about a case

 Paniagua Inturias Santiago¹  Lara Pérez Carlos Alberto²
 Paz Caballero Romina³

Filiación y grado académico

1 Medico residente de tercer año de cirugía general, Jefe de residentes de cirugía. Hospital Obrero Nro. 2, Caja Nacional de Salud. Cochabamba, Bolivia. santi.pi@hotmail.com.

2 Cirujano General y Laparoscopia; Hospital Obrero Nro. 2, Caja Nacional de Salud. Cochabamba, Bolivia. carlos.alberto_lp@hotmail.com.

3 Medico General. Cochabamba, Bolivia. rominapazcaballero@gmail.com.

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido:16/05/2023

Revisado:27/09/2023

Aceptado:20/12/2023

Citar como

Paniagua Inturias, S., Lara Pérez, C. A., & Paz Caballero, R. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia fecal, a propósito de un caso. Revista De Investigación E Información En Salud, 18(45). <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i45.927>

Correspondencia

Santiago Paniagua Inturias
santi.pi@hotmail.com
+591 76465480

RESUMEN:

La incontinencia anal es la incapacidad de diferir el acto evacuatorio impidiendo el control voluntario del vaciado rectal y provocando la salida involuntaria de materia fecal y gases; la lesión del esfínter anal de origen obstétrico es reconocida como la causa más común de incontinencia anal en mujeres sanas; además otros múltiples factores se encuentran relacionados con la patología como ser: traumáticos o quirúrgicos, lesión nerviosa, injuria medular, trastornos mentales y alteraciones en la consistencia de la materia fecal. Presentamos el caso de una paciente de 37 años de edad, que fue atendida en el Hospital Obrero Nro. 2 de la Caja Nacional de Salud Cochabamba, Bolivia, quien hace 12 años cursó con un trabajo de parto complicado causando lesión de los esfínteres anales tanto interno como externo siendo este suceso la causa de una incontinencia fecal, con la que la paciente tuvo que lidiar desde entonces sin lograr retener heces ni gases, afectando su calidad de vida. Como tratamiento se optó por abordaje quirúrgico en dos ocasiones siendo la segunda intervención la definitiva y con la cual se dio una solución al cuadro clínico.

Palabras claves: Esfínter anal, incontinencia fecal, abordaje quirúrgico.

ABSTRACT:

Anal incontinence is the inability to defer the evacuatory act, preventing voluntary control of rectal emptying and causing the involuntary discharge of fecal matter and gases; anal sphincter injury of obstetric origin is recognized as the most common cause of anal incontinence in healthy women; In addition, multiple other factors related to the pathology can be identified, such as trauma, surgery, nerve injury, spinal cord injury, mental disorders, and changes in the consistency of fecal matter. We present the case of a 37-year-old patient who was treated at the Hospital Obrero No. 2 of the National Health Fund in Cochabamba, Bolivia, for which she had anal incontinence for 12 years without being able to retain feces or gas. after a trauma to the internal and external anal sphincter, due to a complicated labor, which was addressed through surgery on two occasions, the second intervention being the definitive one and with which her condition was solved.

Keywords: Anal sphincter, anal incontinence, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia anal es la incapacidad de retrasar el acto de la defecación, lo que impide el control voluntario del vaciado rectal y provoca la eliminación de gases y heces de manera involuntaria (1); la lesión de esfínter anal de origen obstétrico es reconocida como la causa más común de incontinencia anal en mujeres sanas (2); además, se pueden identificar varios otros factores asociados con la patología, como trauma, cirugías, lesión de la médula espinal, trastornos psiquiátricos y cambios en la consistencia de las heces (1-2). Muchos estudios han comunicado que la prevalencia de esta patología oscila entre el 2 al 15 % de la población general, teniendo en cuenta que el 44 % de los casos se deben a traumatismos de origen obstétrico (1). El diagnóstico de este tipo de patología requiere de un abordaje completo del paciente recopilando datos del interrogatorio, scores de severidad, scores de calidad de vida, examen físico y los estudios complementarios necesarios para cada caso (1, 2, 4).

Posterior al diagnóstico se debe de iniciar un tratamiento individualizado, ya que no todas las opciones existentes son para todos los pacientes (4). Es necesario evaluar, desde el uso de dieta, restricción hídrica, suplemento de fibra, tratamiento farmacológico y rehabilitación de piso pelviano, hasta tratamientos más invasivos como ser esfinteroplastia, uso de dispositivos para evitar el vaciado involuntario del recto, estimulación

eléctrica de las raíces sacras o nervio tibial posterior, tratamiento con células madre; derivación u ostomía, entre otras (2).

Teniendo en cuenta que entre el 30 al 50 % de los pacientes requiere de manejo quirúrgico (1), la esfinteroplastia tiene indicación ante la falta de continuidad en los esfínteres anales, con el objeto de retomar la forma circunferencial del músculo y lograr su adecuada contracción y oclusión correcta del conducto anal; generalmente tiene lugar ante lesiones musculares que abarcan de 60 a 180° en los reportes de ecografía 3D o lesiones de causa obstétrica, con más frecuente compromiso de la parte anterior del aparato esfinteriano (1, 2).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, de 37 años de edad, procedente de la ciudad de Cochabamba, Bolivia; antecedentes patológicos de artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato y prednisona; antecedentes Ginecobstetricos: Desgarro de grado IV durante un parto complicado hace 12 años, el cual fue tratado con una sutura primaria por planos sin éxito y como complicación derivó en incontinencia fecal. El año 2012 acude al servicio de cirugía donde se le realiza una ecografía endo anal la cual reporta disrupción del esfínter anal interno, espacio inter esfinteriano y esfínter anal externo con incontinencia de ambos esfínteres (Figura 1).

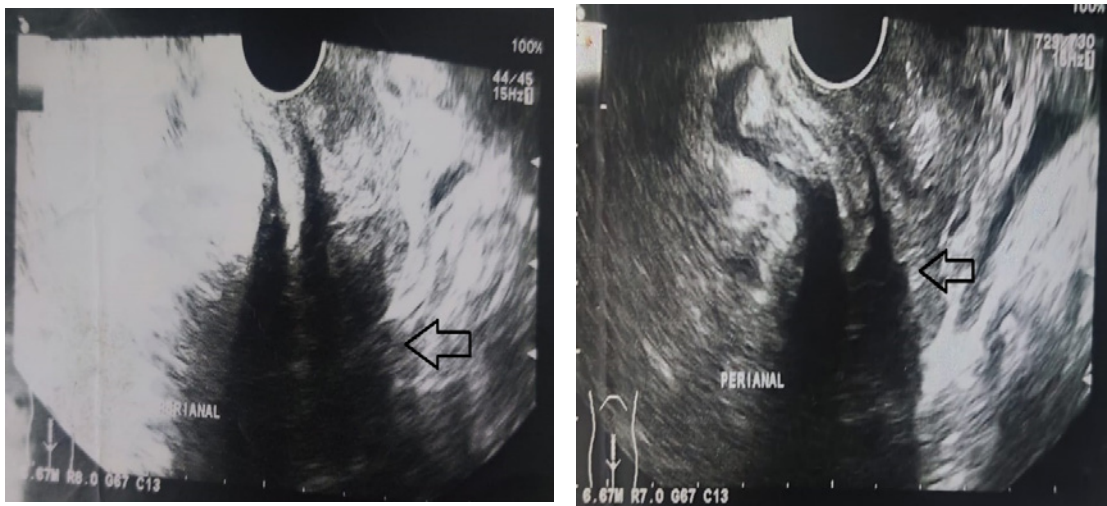


Figura 1. Ecografía endo anal (2012) puede evidenciar una solución de continuidad en ambos esfínteres anales.

Se decide realizar una esfinteroplastia con abordaje endo anal el mismo año; durante el post operatorio inmediato la paciente presenta una mejoría parcial de los síntomas, ya que no podía contener heces líquidas ni gases; en forma posterior, el cuadro se reagudiza en el 2021 sumándose la incontinencia a las heces sólidas, asiste nuevamente al servicio de cirugía, en esta oportunidad al módulo de coloproctología, donde al examen físico se evidencia hipotonía esfinteriana y se evalúa el grado de incontinencia fecal mediante el test de Wexner que nos permite conocer las veces que llega a presentar escape de gases, heces ya sean líquidas o sólidas, si la paciente usa paños o no y la calidad de vida, con puntuación de 20 que es el máximo que se puede obtener.

La paciente es enviada a realizarse exámenes complementarios como: Manometría de esfínteres anales que reporta: Esfínter anal interno hipotenso con presión de reposo de 16 mmHg (normal de 55-87 mmHg), esfínter anal externo hipotenso, amplitud de 46,8 mmHg (normal 107-190 mmHg), con escaso aumento de presión de 25,5 mmHg, maniobras de esfuerzo y tos en las que se evidencian fuga de contenido rectal.

Ecografía 3D de 360 grados con hallazgos compatibles con secuelas de lesión traumática del esfínter anal interno entre horas 11 y horas 1 conformando ángulo de 120°, con leve protrusión de mucosa anal, sin evidencia de colecciones líquidas o trayectos fistulosos asociados. (Figura 2).

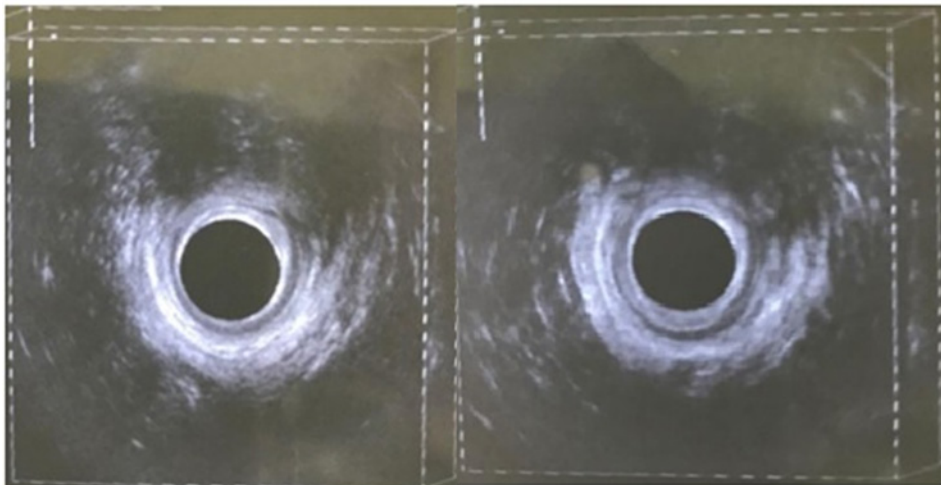


Figura 2. Ecografías 3D de 360° en la cual podemos evidenciar una disrupción en los esfínteres anales internos y externos de más de 120°.

Sobre la base de resultados en estudios complementarios realizados se plantea un procedimiento quirúrgico que consiste en una técnica de esfinteroplastia anterior; por otro lado, se

realizan estudios pre quirúrgicos como laboratorios y valoración pre quirúrgica por cardiología y se planea procedimiento quirúrgico para fecha 06/01/2022.



Figura 3. Ingreso por el tabique recto vaginal e identificación de filetes musculares para su disección y confección de 2 filetes musculares que se repararan uno sobre el otro.

Descripción de técnica quirúrgica: Se realiza una incisión horizontal a nivel de la base de ambos triángulos perineales y se divulsiona hasta identificar los filetes musculares seccionados de los dos esfínteres (figura 3); una vez identificados ambos esfínteres se realiza la reparación de los

mismos con sutura de PDS (polidioxanona) 3-0 con puntos separados para distribuir la tensión en los esfínteres y se refuerza con una plicatura del musculo puborectal para asegurar una mejor continencia; se sutura por planos hasta cerrar la piel de la zona perineal (figura 4).



Figura 4. Se realiza sutura de ambos esfínteres y plicatura del puborectal como refuerzo para posterior cerrar por planos hasta la piel.

Durante el post quirúrgico la paciente evoluciona adecuadamente presentando en el 1er día post operatorio buena tolerancia al dolor, inicio de la vía oral y diuresis espontanea, catarsis y canalización de gases negativos; en su 2do día post operatorio la paciente presenta catarsis y canalización de gases los cuales puede contener en un 90 % de los casos de manera voluntaria; al 4to día post operatorio es dada de alta con una continencia del 90 %, se

indica realizar controles semanales por la consulta externa del módulo de coloproctología. Durante los controles debido al antecedente de consumo crónico de Prednisona y Metotrexato por su artritis reumatoide, se observa un retraso en la cicatrización de la herida quirúrgica que no llega a complicarse con infecciones del sitio quirúrgico gracias a las curaciones periódicas y el tratamiento antibiótico efectuado.

Para la última semana del mes de febrero de 2022 a más o menos 1 mes de procedimiento presenta un adecuado cierre de la herida quirúrgica sin datos de infección; en la anamnesis refiere que contiene de manera adecuada los gases y las heces (líquidas y sólidas) en un 90 % de los casos y que su calidad de vida ha mejorado drásticamente ya que consume alimentos sin temor a evacuaciones involuntarias durante las actividades diarias; se recomienda inicio de fisioterapia de ambos esfínteres a través de electro estimulación de los plexos sacros; un mes posterior a su primera sesión de electro estimulación se presenta al servicio para nuevo control presentando una continencia de aproximadamente 90 % y una puntuación en el test de Wexner de 3.

A un año y medio después de la Esfinteroplastia anterior y con la terapia de electro estimulación sacra ya concluida, la paciente continúa reportando una continencia adecuada del 90 % con una puntuación de Wexner de 3 puntos, realizándose controles de manera anual.

DISCUSIÓN

La incontinencia anal es una patología poco frecuente en nuestro medio, el diagnóstico y el tratamiento deben ser personalizados, ya que cada paciente tiene que ser estudiado de manera diferente,

poniendo énfasis en los antecedentes y el examen físico (3). Nuestro paciente representa un caso poco frecuente en cuanto a su evolución favorable, ya que la continencia al año y medio posterior a la cirugía es del 90 % en contraste a estudios como los de Jameson et al en los que se obtiene hasta un 83 % de mejoría a los 6 meses u otro estudio realizado con la técnica de esfinteroplastia en su artículo de revisión Charúa Guindic et al, muestra también una tasa baja de éxito general se reportan resultados satisfactorios entre el 52 y 87 % de los casos (6, 7).

En nuestro caso en particular, atribuimos la evolución favorable al tratamiento quirúrgico efectuado que consistió en una esfinteroplastia anterior más un refuerzo por la plicatura del musculo puborectal lo que mejoro aún más la continencia de la paciente y le dio un mejor sustento a su piso pélvico, a esto cabe añadir casi 1 año de electroestimulación sacra, combinando tratamiento quirúrgico y de fisioterapia con resultados bastante satisfactorios.

Recomendamos realizar la reparación de los esfínteres con puntos separados de material de lenta absorción para distribuir la tensión en los esfínteres y evitar la formación de granulomas, además de la plicatura del musculo puborectal que nos provee de un mejor soporte en el piso pélvico y colabora en una mejor continencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dorcaratto D, Martínez-Vilalta M, Parés D. Indicación actual, técnica quirúrgica y
2. Resultados de la reparación anterior esfinteriana en el tratamiento de la incontinencia fecal [Internet]. Elsevier.es. [cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X09005636>.
3. Lehur P-A, Meurette G. Cirugía de la incontinencia anal del adulto. EMC - Téc Quir - Apar Dig [Internet]. 2009;25(1):1-16. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s1282-9129\(09\)70136-9](http://dx.doi.org/10.1016/s1282-9129(09)70136-9)
4. Kheng-Seong N, Yogeesan S, Nassar, Gladman Marc. Fecal Incontinence: Community Prevalence and Associated Factors-A Systematic Review. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. December 2015; 58(12): 1194-1209.
5. Miravalle, O. R. (2021). Actualidad del tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal: “No todo es para todos”. REV ARGENT COLOPROCT, 59-60 - Google Search [Internet]. Google.com. [cited 2023 Aug 17]. Available from: [https://www.google.com/search?q=4.+Miravalle%2C+O.+R.+\(2021\).+Actualidad+del+tratamiento+quir%C3%BArgico+de+la+incontinencia+anal%3A+%E2%80%9C-No+todo+es+para+todos%E2%80%9D.+REV+ARGENT+COLOPROCT%2C+59-60&oq=4.%2C+O.+R.+\(2021\)](https://www.google.com/search?q=4.+Miravalle%2C+O.+R.+(2021).+Actualidad+del+tratamiento+quir%C3%BArgico+de+la+incontinencia+anal%3A+%E2%80%9C-No+todo+es+para+todos%E2%80%9D.+REV+ARGENT+COLOPROCT%2C+59-60&oq=4.%2C+O.+R.+(2021)).
6. Rodríguez Alaniz JS. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal confirmada por ultrasonido endorrectal: reporte de caso [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. Revista Electrónica de Portales Medicos.com; 2020 [cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/tratamiento-quirurgico-de-la-incontinencia-anal-confirmada-por-ultrasonido-endorrectal-reporte-de-caso/>.
7. Jameson JS, Speakman CTM, Darzi A, Chia YW, Henry MM. Audit of postanal repair in the treatment of fecal incontinence. Dis Colon Rectum [Internet]. 1994 [cited 2023 Aug 17];37(4):369-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8168416/>.
7. Guindic LC, Navarrete Cruces T. Artículo de revisión [Internet]. Medigraphic.com. 2006 [cited 2023 Aug 17]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg061g.pdf>.