

Incontinencia anal

Diagnóstico y tratamiento. Nuestra experiencia

Dres. Jorge Bermúdez Villegas¹, Gustavo Veirano²

Resumen

Luego de analizar las causas de incontinencia anal se revisan los tratamientos médico y quirúrgico, presentando luego los autores su experiencia sobre 64 pacientes y 62 operaciones. Destacan la reparación directa luego de sección obstétrica como la que ofrece mejores resultados, la supresión de la causa en las incontinencias anales secundarias a otras patologías y la reparación postanal de elevadores que ofrece una alternativa válida aunque de resultados variables en la incontinencia anal por descenso perineal o idiopática.

Summary

After analyzing the causes of anal incontinence and revising its medical and surgical treatments the authors present their experience on 64 patients and 62 operations. They point out direct repair after obstetric section as the one that offers the best results, the suppression of the cause in anal incontinence secondary to other pathologies, and levators' postanal repair, which offers a valid (though with variable results) alternative in idiopathic anal incontinence or in the one due to perineal descent.

Introducción

La incontinencia anal o fecal es la incapacidad total o parcial para retener voluntariamente los gases y/o materias.

Por la gravedad que representa para el paciente desde el punto de vista sico-social, exige un máximo de responsabilidad médica tanto en su diagnóstico como en su tratamiento. Continúa siendo un tema de permanente discusión y desarrollo entre los cirujanos no existiendo acuerdo sobre numerosos puntos tanto de su patogenia como de su tratamiento. Basaremos esta comunicación en la experiencia recogida directa-

mente de los pacientes asistidos por nosotros como también de centros de alta especialización como el Hospital St. Mark's de Londres.

Formas clínicas

En primer lugar existen diversos grados de incontinencia a partir de la continencia perfecta, que sería no solamente la capacidad de retención voluntaria de gases y materias sino de discriminar entre unos y otros. Habitualmente se consideran (1–4) tres grados de incontinencia anal:

- A) *ocasional* para gases o el manchado de la ropa («soiling» de la literatura sajona).
- B) *menor* en la cual no se pueden retener gases ni materias líquidas y el manchado de la ropa es permanente o nocturno.
- C) *mayor* cuando se pierde hasta la capacidad de retener materias sólidas o se pierde totalmente la capacidad esfinteriana.

En segundo lugar la presentación clínica depende de la causa etiopatogénica de la incontinencia anal. Para su mejor ordenación las hemos agrupado en primarias y secundarias.

Las *primarias* pueden deberse a:

- 1) defectos anatómicos de causa congénita, atréscas o imperforación anal (secuela de una o varias operaciones). De causa adquirida, la más frecuente es la obstétrica sea por desgarró natural o por episiotomía, con o sin fístula recto-vaginal.
- 2) Por secuela neurológica: congénita (mielomeningocele) o adquirida (central, medular, radicular, nerviosa (ver idiopática).

Las *secundarias* lo son a otros procesos patológicos regionales: prolapso rectal, coloproctoceles, prolapso mucoso rectal o hemorroidal, estenosis anal, etropión mucoso, neoplasia infiltrante del ano.

Debemos agregar las *idiopáticas* a las que Parks atribuye (5–10) al descenso perineal y que tendría como mecanismo patogénico la elongación del nervio pudiendo la cual traería aparejada la denervación progresiva en sentido descendente desde el elevador del

Palabras clave: Incontinencia anal – diagnóstico. Incontinencia anal – terapia.

¹ Prof. Agregado. ² Ex asistente de Clínica Quirúrgica. Clínica Quirúrgica «A» (Director Prof. Dr. Francisco Crestanello) y Clínica Quirúrgica «1» (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado).

Correspondencia: Jorge Bermúdez Villegas. Juan M. Pérez 2930 (301). 11300 Montevideo.

ano al sector subcutáneo del esfínter estriado. Entre sus causas estaría la multiparidad, el fórceps, el esfuerzo defecatorio mantenido por constipación crónica, etc. (5,8,9). Una consecuencia secundaria al descenso de la musculatura del piso pelviano sería el aumento del ángulo anorectal, mecanismo que ayuda en la función de la continencia.

Diagnóstico

El interrogatorio minucioso nos servirá para evaluar el grado de incontinencia mientras que el examen clínico debe ser exhaustivo buscando:

- inspección estática y dinámica haciendo contraer el esfínter y pujar a fin de evaluar el descenso del periné. El ano beante entreabierto y que no se contrae es la expresión máxima, frecuente en el prolapso rectal y en la forma idiopática en los casos avanzados;
- búsqueda del reflejo ano cutáneo: al tomar con una pinza la piel vecina al ano se produce una contracción refleja de éste que puede verse disminuida, enlentecida o aún abolida;
- tacto rectal estático y dinámico. El tono del esfínter y la fuerza de contracción se evalúan clínicamente tanto mejor cuanto más experiencia se tenga;
- tacto vaginal y bidigital en busca del colporectocele (debilidad del septum recto-vaginal);
- endoscopia anorectal de rutina para buscar etiologías que secundariamente provoquen incontinencia.

Paraclínica: consideremos como esenciales dos exámenes: la manometría y la electromiografía. La primera demuestra objetivamente el defecto del tono de reposo y la incapacidad voluntaria de aumentar la presión anal a fin de impedir la defecación o la expulsión de gases. El tono de reposo está íntimamente relacionado (6) a la competencia del esfínter interno, mientras que la contracción máxima voluntaria lo está a la musculatura del esfínter estriado. A su vez la tos debe producir por vía refleja un aumento del tono y conjuntamente con el reflejo rectoanal inhibitor si está conservado demostrarán la indemnidad del arco reflejo.

La electromiografía complementa el estudio manométrico detectando las zonas patológicas en sentido circunferencial (sección) o vertical (periné descendido idiopático) (6,7).

Insistimos en la conveniencia de estos exámenes no sólo por interés científico de objetivar un hecho clínicamente demostrable sino como documento preoperatorio. En una patología funcional importante en la repercusión social como es la incontinencia esta objetivación adquiere un valor médico legal que pue-

de ser esencial sobre todo cuando se realiza el control postoperatorio evaluatorio.

La radiología puede aportar datos importantes mediante la defecografía (3) y/o topografía con balón (11) con la cual no tenemos experiencia. Pretende objetivar el ángulo ano-rectal, el descenso perineal y se le adjudica valor en los prolapsos.

La anatomía patológica por último puede aportar datos para confirmar la etiología degenerativa en el descenso perineal (8,9,12).

Tratamiento

El tratamiento de la incontinencia anal debe estar dirigido a tratar la causa (1,4,13). Esta causa, en los casos de incontinencia anal secundaria a otros procesos, una vez tratada, se recupera la continencia en la gran mayoría de los casos. Cuando la causa es anatómica por sección del esfínter éste debe ser reparado directamente.

Si bien hay descritas numerosas variantes la reparación directa puede ser hecha de dos maneras: borde a borde (14-16) o por aposición entrecruzando en sobretodo los cabos disecados. Esta última (17-21) ofrece mayor seguridad en cuanto a los resultados debido a que: a) la superficie de cicatrización es mayor y b) al entrecruzar queda un orificio más estrecho. Asimismo se aconseja (19,20) conservar al menos parte del tejido cicatrizal con los cabos disecados a fin de dar mayor apoyo a los puntos en U que deben ser anudados hacia afuera y utilizando hilo no reabsorbible inerte (acero) o mejor aún de lenta reabsorción (policlicólico).

La reparación anatómica luego de sucesivas reintervenciones es progresivamente más difícil y de mayor responsabilidad ya que con cada fracaso se pierde parte del músculo remanente. La causa principal de fracaso es la infección (21). A fin de evitar la infección o disminuir o anular sus consecuencias Parks aconseja (20,21) no cerrar la piel al menos totalmente y en caso de reintervenciones la colostomía de derivación, punto tal vez el más polémico ya que otros autores la estiman innecesaria (1,2,14,16).

En casos de malposición luego de reparación de atresia se debe intentar la reintervención siempre que haya esfínter conservado y sobre todo elevador del ano. La secuela que llega al cirujano de adultos es en general producto de varias operaciones frustras siendo su resolución muy problemática (22).

En los casos de incontinencia anal idiopática el tratamiento debe ser intentado siendo especialmente útil la reeducación esfinteriana mediante el biofeedback con electroestimulación (23) pero ante su fracaso está indicada la cirugía. La única intervención que hasta el momento ofrece perspectivas de curación o mejoría en porcentajes apreciables es la reparación

postanal de Parks (5,8,24,25) que realiza el plegado de los elevadores y el esfínter estriado por detrás del anorecto mediante un abordaje por el espacio interfinteriano. El objetivo de la operación es corregir el ángulo anorectal típicamente aumentado en el descenso perineal. Al efectuar su corrección el mecanismo valvular de dicho ángulo se puede retomar mejorando o aún curando la sintomatología.

En los casos neurológicos o de destrucción esfinteriana el tratamiento médico mediante lavado intestinal, constipación voluntaria, etc., permiten obtener una paliación a veces suficiente. Sin embargo hay casos en los cuales la colostomía es la única que permite una vida confortable ya que es fácilmente controlable hoy en día.

Las plastias musculares con colgajos (15,22) sobre todo de recto interno, desde Pickrell han tenido adeptos y cirujanos que niegan todo beneficio. La realidad es que si bien anatómicamente puede realizarse un anillo muscular voluntario contraíble, su actividad en reposo no puede llegar a sustituir un esfínter interno y externo destruidos. En algunos casos sin embargo se consigue una paliación o mejoría que el paciente acepta como válida (12,22).

Casuística

Desde 1978 a la fecha hemos visto 64 pacientes con incontinencia anal de los cuales 38 tenían una incontinencia B o menor y 26 una mayor o C.

Sus causas fueron las siguientes: *anatómica*: sección de esfínter 18, de los cuales 11 eran de causa obstétrica; 4 post cirugía por fístula o absceso y 3 traumática por empalamiento. 3 pacientes se presentaron con secuela de reparaciones de atresia. 13 de causa *idiopática* o periné descendido (2 a pesar de la corrección del prolapso rectal).

De causa *secundaria* a: a) prolapso rectal 10; b) colporectoceles 4; c) Prolapso mucoso anterior de recto 9; d) ectropión y/o estenosis 5; e) secuela neurológica medular 2.

Se realizaron 62 operaciones en 59 pacientes. 5 pacientes rehusaron la cirugía. Uno de ellos presentaba una lesión obstétrica que lleva 30 años y convive con el problema mediante constipación extrema. Dos pacientes con periné descendidos no aceptaron la propuesta quirúrgica y dos con secuelas medulares (ambas post mielografía) que tienen una conservación total del periné que se manejan con una constipación crónica y otro mediante lavado intestinal consiguiendo un control relativo.

En esfínter seccionado se realizaron 17 reparaciones directas con técnica de sobretodo (12 con colostomía transitoria, todas ellas multioperadas previamente).

Se consiguieron 13 resultados excelentes con res-

titutum ad integrum de la continencia: 4 mejorías de C a B una de ellas luego de asociar una plastia postanal de elevadores.

Se realizaron 15 plastias de elevadores, 4 por vía prerectal en casos de colporectoceles (4 resultados excelentes, continencia normal y 11 por vía postanal de Parks. De estos 4 tuvieron resultados de continencia normal, 5 mejoraron hacia una incontinencia ocasional y 2 tuvieron una mejoría muy leve hacia incontinencia menor o B.

Diez prolapso rectales con incontinencia se operaron por vía abdominal, promontosacro fijación tipo Welbs. 7 curaron radicalmente la incontinencia anal, en 3 persistió incambiada requiriendo 2 una plastia postanal mejorando ambas a A y B y una tercera se complementó con cerclaje siendo éste efectivo en forma transitoria (26).

Otro cerclaje, éste con Silastic, se realizó en una paciente senil de 93 años, consiguiendo una mejoría de C a B durante unos pocos meses que tuvo de sobrevida.

En el prolapso mucoso anterior de recto, se realizó la resección quirúrgica del mismo en un caso y en los 8 restantes se trató con ligaduras elásticas y/o inyección de esclerosantes consiguiendo en todos la mejoría o curación ya que eran incontinencias leves A o B.

En 5 pacientes con incontinencia por ectropión y/o estenosis se trataron mediante dos S plastias y tres con deslizamientos laterales de colgajos inervados, con desaparición en todos ellos de la incontinencia.

Congénitos. Los tres pacientes, multioperados a lo largo de la primera y segunda infancia tenían una incontinencia anal severa o mayor C. En una se consiguió trasponer el colon descendido y reconstruir el ángulo ano rectal recuperando una función aceptable luego de una plastia mucocutánea con colgajos deslizados.

Un segundo paciente se sometió a una operación de Pickrell mejorando de C a B con lo cual se mantiene satisfecho mientras que el tercero luego del fracaso del Pickrell se le realizó una colostomía definitiva.

En suma de nuestra casuística podemos concluir que:

- 1) La reparación directa de una sección esfinteriana tiene en general un buen pronóstico sobre todo cuando es de causa obstétrica o traumática, lo cual coincide con la serie personal de A. Parks (17) quien consiguió 92% de excelentes resultados en estos casos, en cambio en las secuelas quirúrgicas post cirugía de abscesos o fístulas el resultado excelente fue sólo del 66%.
- 2) La reparación postanal de Parks ofrece una mejoría total o parcial en más del 80% de los pacientes (24,27).
- 3) Cuando la incontinencia es secundaria a procesos curables, tiene a su vez un buen pronóstico.

- 4) Las secuelas congénitas y medulares constituyen el grupo tal vez de más difícil o imposible solución.
- 5) El cerclaje, aun con Silastic, ofrece resultados muy pobres por lo cual su uso debe estar limitado a pacientes con contraindicación operatoria.
- 6) A pesar de la controversia existente el empleo tal vez generoso de la colostomía de detransitación en casos de pacientes multioperados nos ha permitido obtener resultados comparables a las mejores casuísticas (4, 17, 19).

Bibliografía

1. **Block IR.** Transrectal repair of rectocele using obliterative suture. *Dis Colon Rectum*, 1986; 29 (11): 707-11.
2. **Corman ML.** Anal Sphincter Reconstruction. *Surg Clin North Am* 1986; 60 (2): 457-64.
3. **Duthie HC.** Dynamics of the rectum and anus. *Clin Gastroenterol* 1975; 4 (3): 467-78.
4. **Corman ML.** Anal Sphincter Reconstruction. *Surg Clin North Am* 1986; 60 (2): 457-64.
5. **Hagihara PF, Griffen WO.** Delayed correction of anorectal incontinence due to anal sphincter injury. *Arch Surg* 1976; 111: 63.
6. **Duthie HC.** Dynamics of the rectum and anus. *Clin Gastroenterol* 1975; 4 (3): 467-78.
7. **Neill ME, Parks AG, Swash M.** Physiological studies of the anal sphincter musculature in fecal incontinence and rectal prolapse. *Br J Surg* 1981; 68: 531-6.
8. **Parks AG, Porter M, Hardcastle R.** The syndrome of the descending perineum. *Proc R Soc Med* 1966; 39: 477.
9. **Parks AG, Swash M, Ulrich H.** Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. *Gut* 1977; 18: 656-65.
10. **Swash M.** Anorectal incontinence: electrophysiological tests. *Br J Surg* sept 1985; 72 (suppl): 514-22.
11. **Lahr CH J, Rosemberg DH, Jensen LL, Goldberg SM.** Ballon topography. A simple method of evaluating anal function. *Dis Colon Rectum*, 1986; 29 (1): 1-5.
12. **Womack NR, Morrison JFB, Williams NS.** The role of pelvic floor denervation in the etiology of idiopathic fecal incontinence. *Br J Surg* 1986; 73: 404.
13. **Keighley MRB, Shonier PJ.** Abnormalities of colonic function in patients with rectal prolapse and fecal incontinence. *Br J Surg* 1984; 77 (4) 285-8.
14. **Golligher JC.** Anal incontinence in surgery of the anus rectum and colon. *Londons. Baulhen-Twidall*, 1975.
15. **Laygue J, Dubois F.** Le traitement chirurgical de l'incontinence anale. *Arch Med Ap Dig* 1962; 51 (1): 65-83.
16. **Slade MS, Goldberg HS, Schottler JL, Bailos EG, Christensen CE.** Low rectovaginal fistulas, approach and treatment. *Am J Surg* 1977; 134 (1): 13-8.
17. **Browning GP, Parks AG.** The effect of postanal repair on anal pressures. *Br J Surg* 1982; 69: 289.
18. **Lande SM, Habal MB.** The regeneration of anal sphincteroplasty. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 149 (1): 78.
19. **Motson RW.** Sphincter injury: indications for, and results of sphincter repair. *J Surg* 1985; 72 (suppl) S 19-21.
20. **Parks AG.** Anorectal incontinence. *Proc R Soc Med* 1975; 68 681-90.
21. **Parks AG, Mc Parklin JF.** Surgical repair of anal sphincters following injury. In: *Todd: IP ed. Colon, rectum and anus 3^a ed. Operative Surg London: Bilterworths*, 1977.
22. **Corman ML.** Gracilis muscle transposition for anal incontinence: late results. *Br J Surg* 1985; 72 (Suppl): 21-2.
23. **MacLeod SP.** Biofeedback in the management of partial anal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1979; 22(3): 169-71.
24. **Keighley MRB.** Post anal repair for faecal incontinence. *J R Soc Med* 1985; 77 (4): 285-8.
25. **Parks AG.** Postanal pelvic floor repair. In: *Todd, IP ed. Colon, rectum and anus 3^a ed. Operative Surgery London: Bilterworths*, 1977.
26. **Keighley MRB, Matheson DM.** Results of treatment for rectal prolapse and fecal incontinence. *dis Colon Rectum* 1981; 24 (6): 449-53.
27. **Browning CGP, Mudson RW.** Results of Parks operation for fecal incontinence after anal surgery.
28. **Henry MM, Simson JW.** Results of postanal repair: a retrospective study. *Br J Surg* 1985; 72 (suppl) S 17-9.
29. **Gaston EA.** Physiological Basis for preservation of fecal continence after resection of the rectum. *JAMA* 1951 Aug 18: 1486.