

Capítulo X

Incontinencia fecal traumática: ¿alguien tiene la culpa?

-
-
-
-
-
-

Pedro Morgado Nieves

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal traumática es un problema socialmente grave para el paciente, una preocupación importante para su familia y, cuando se conoce su causa, un motivo más de angustia para el médico responsable. No necesariamente incluye una lesión del aparato esfinteriano anal, puesto que las lesiones neurológicas o esfinterianas derivadas de un acto médico considerado fisiológico, como el parto vaginal "normal" (1,2) en multíparas o la desviación de la corriente fecal hacia órganos perineo - pélvicos, por cualquier causa, pueden condicionarla y mantenerla. Tampoco es necesariamente el producto de una iatrogenia, tal

como ocurre en las lesiones derivadas de la actividad sexual, forzada o consentida.

Cuando tratamos de averiguar por qué se ha producido una incontinencia fecal traumática, debemos analizar, por consiguiente, varios factores: el paciente, el tipo de acto médico involucrado en la cadena de eventos que lleva a la incontinencia y el cirujano colo-rectal cuya obligación es restaurar la normalidad.

Salvo en muy pocos casos, no nacemos con incontinencia fecal. De modo que cuando ésta aparece después del nacimiento, es evidente que un procedimiento quirúrgico pudiera ser el responsable.

El propósito de esta comunicación es el de analizar parte de nuestra experiencia de algunos años en el ejercicio de la cirugía ano - rectal, enfocando el análisis en las causas de la incontinencia fecal traumática, su tratamiento y los resultados, procurando desmenuzar las razones de nuestros fracasos y los de otros involucrados en la cadena de eventos que llevan a la incontinencia fecal.

Uno podría decir que el tratamiento de la incontinencia fecal es una de las razones más poderosas que justifican la existencia de la especialidad de cirugía colo-rectal, por lo que consideramos tremendamente justificado analizar los errores que hayan sido cometidos en el manejo de estos pacientes, particularmente cuando acuden a nosotros para la solución de un problema generalmente ocasionado por otros o, peor aún, por nosotros mismos.

MATERIAL - METODO

Diversas tablas o "scores" han sido diseñadas para evaluar la severidad de la incontinencia fecal de cualquier tipo (3,4). Para efectos prácticos, se consideró como incontinencia fecal post - traumática aquella donde el paciente refería incapacidad para contener el paso de gases, líquidos o sólidos, a través del ano y/o traducidos por la suciedad permanente de la ropa interior, con antecedentes de un traumatismo perineo - pélvico, iatrogénico o no iatrogénico. o de parto vaginal "normal" en multípara, , instrumental, complicado o prolongado.

Analizamos las historias clínicas de pacientes atendidos por nosotros entre 1.970 y 2.000, en tres instituciones del Área Metropolitana de Caracas: Hospital Central del Instituto Venezolano

de los Seguros Sociales (1970 -1982), Hospital "Carlos J. Bello" de la Cruz Roja Venezolana (1986 -1988) y Hospital Privado "Centro Médico de Caracas (1970 - 2002). La investigación se hizo en base a los datos incluidos en nuestro sistema privado de historias médicas, e incluyó la búsqueda de edad, género, investigación para - clínica, y, cuando la tecnología se hizo asequible, los exámenes pre - operatorios incluyeron ultra - sonografía endo - rectal (USER), determinación del tiempo de latencia motora del nervio pudendo (TLMNP) defecografía y electromiografía del complejo esfinteriano y del músculo gracilis derecho (EMG), los cuáles fueron realizados con el propósito de documentar la incontinencia, no para diagnosticarla; antecedentes clínicos, determinación del origen de la incontinencia, intervenciones realizadas, y en estos casos originados por iatrogenia, el grado de experiencia del cirujano inicialmente involucrado en el tratamiento del paciente. Lamentablemente no fue posible, por razones obvias, determinar el tipo de técnica quirúrgica empleada. Igualmente es obvio que, con cualesquiera de ellas, los resultados fueron insatisfactorios para el paciente.

En los pacientes intervenidos por nosotros, analizamos el tipo de técnica quirúrgica empleada y los resultados a mediano y largo plazo.

RESULTADOS

Revisamos las historias de 76 pacientes, de los cuáles 57 de ellos eran de sexo femenino (75 %) y 19 del masculino (25 %), con edades oscilando entre 14 y 64 años.

En todos los 14 pacientes en quienes se practicó USER se constató la interrupción del anillo esfinteriano, predominantemente en el cuadrante anal anterior derecho; el TLMNP se consideró prolongado en cuatro de siete pacientes estudiados; la defecografía no mostró ninguna alteración en 5 casos donde fue indicada por sospechar un trastorno asociado del piso pélvico; la electromiografía del músculo gracilis derecho fue normal en 18 de 19 casos en los que fue considerado el tratamiento por transposición perianal de este músculo y la electromiografía del complejo esfinteriano resultó normal en seis de 11 pacientes estudiados.

29 pacientes (38 %) tuvieron como antecedente traumático una intervención gineco - obstétrica particularmente episiotomía lateral derecha (24 casos) o mediana (5 casos), y parto vaginal prolongado terminado con la aplicación profiláctica de fórceps (3 casos); en 25

pacientes hubo una intervención del área perianal: (4 hemorroidectomías, 2 esfinterotomías laterales, 7 fistulotomías perianales, 12 procedimientos de crioterapia anal); trauma de origen sexual, con o sin violencia, en 3 casos; trauma perianal de otro origen, con alteraciones gruesas de la estructura ósea de la pelvis, en un caso; construcción de una colostomía perineal después de la amputación abdomino - perineal del recto, en diez casos; sepsis perianal en un caso y cirugía múltiple del periné en siete casos.

En los casos donde la relación cirugía - incontinencia fecal fue evidente, la intervención inicial correspondió a gineco-obstetras en un 38 por ciento; el 57 por ciento a cirujanos generales no especializados en cirugía de colon y recto y 5 por ciento a cirujanos especializados en cirugía colo-rectal. Nuestra contribución a esta lista de iniciadores de la incontinencia fecal fue la construcción de diez colostomías perineales (posteriores a resecciones abdomino perineales del recto y una fístula perineal extra-esfinteriana consecutiva a la resección trans-anal de un bilharzioma rectal.

De 95 pacientes diagnosticados por nosotros como portadores de una incontinencia fecal no necesariamente de origen traumático, 18 decidieron no intervenir o buscaron otro cirujano; en 18 se practicó una graciloplastia derecha; en 26 se hizo una esfinteroplastia anal con sutura cabo a cabo y en 32 la esfinteroplastia fue hecha mediante la superposición de los colgajos musculares.

Los resultados a corto plazo fueron buenos (no suciedad de la ropa interior, no incontinencia a gases) en 83 por ciento de los casos, sin diferencias significativas si se hizo esfinteroplastia cabo a cabo o por superposición de colgajos; medianamente buenos (suciedad ocasional de la ropa interior y continencia para gases) en 10 por ciento; mediocres (dificultad para retener los gases, suciedad ocasional de la ropa interior) en 5 por ciento y malos (suciedad frecuente de la ropa interior, incapacidad para controlar los gases y las heces blandas) en 2 por ciento.

En cuanto a los resultados de la graciloplastia, fueron clasificados como "excelente", "bueno" y "malo". El "excelente" conservó la actividad eléctrica normal del músculo transpuesto y fue capaz de mantener la continencia para sólidos y gases; "bueno" fue el paciente con actividad

eléctrica normal del músculo transpuesto, mejoría de su incontinencia durante el período diurno, necesitando un enema cada tercer día, para disfrutar una vida social activa; el paciente "malo" no mejoró con la intervención. Trece pacientes donde la incontinencia fue el resultado de un trauma quirúrgico o gineco-obstétrico, una colostomía perineal o una malformación congénita, fueron considerados como resultados "excelentes". Cuatro pacientes a los que se le realizó una colostomía perineal, fueron catalogados como "buenos" y una paciente cuya incontinencia fue la resultante de una fibrosis perineal posterior a una sepsis severa, fue considerada "malo". Han sido controlados desde 1982 hasta 1998.

DISCUSION

La iatrogenia es la causa más importante en la producción de la incontinencia fecal. Curiosamente, los dos factores protagónicos más destacados son los procedimientos gineco-obstétricos (5), incluyendo los partos vaginales no instrumentales, y los procedimientos quirúrgicos, entre los cuales una buena parte es realizada por técnicas aparentemente sencillas (6-8), ejecutadas, en algunos pocos casos, por personal específicamente entrenado en cirugía colo-rectal.

En ocasiones, la incontinencia fecal de origen traumático y el posterior empleo de una graciloplastia, es el necesario producto de una intervención amputativa (9) del recto, enfocada hacia la curación de un cáncer del recto inferior o del canal anal, o por traumatismos directos derivados de actos sexuales realizados sin aplicación de fuerza ó accidentes automovilísticos. Para entender la producción de la incontinencia fecal traumática de origen iatrogénico, debemos, por consiguiente, analizar primordialmente los factores gineco-obstétricos y los factores quirúrgicos.

La primera consideración debe fijarse en la episiotomía, Usualmente se hace en el espacio ano-vulvar derecho, con interrupción de la integridad del piso perineal en ese sector. En algunos centros se utiliza el fórceps profiláctico en cabeza última, lo que aumenta el riesgo de accidentes obstétricos por desgarros perineales. Cuando su reparación se hace en forma imperfecta, o se produce una infección en el post-partum inmediato, el resultado es una lesión debilitante del piso pélvico, que se agrava en los partos siguientes. En otras ocasiones, la

episiotomía, particularmente la realizada en la línea media, produce una lesión directa del anillo esfinteriano, tanto del fascículo superficial del esfínter externo como la porción más inferior del esfínter interno. Cuando la reparación inmediata no se realiza o se realiza en forma imperfecta, el resultado puede ser la formación de una cloaca o, en todo caso, una incontinencia perceptible en el post-partum distante en el tiempo.

La incontinencia fecal traumática de origen gineco-obstétrico, por otra parte, puede evidenciarse después de varios años de un parto prolongado, donde los nervios pudendos han sido sometidos a gran estiramiento. Aparece mucho después de haber cesado la edad reproductiva de la mujer, cuando los tejidos se hacen más laxos y generalmente las evacuaciones más difíciles. Es en estos pacientes, en quienes no es evidente un antecedente traumático reciente, donde la medición del tiempo de latencia motora del nervio pudendo y otras pruebas de laboratorio, juegan un papel importante en la escogencia del procedimiento quirúrgico a utilizar (10-13). Puede aparecer también en aquellas mujeres en quienes se hizo una episiotomía media, reparada defectuosamente y en que probablemente fue dañado el núcleo central del periné.

Conviene, por consiguiente, alertar al gineco-obstetra sobre la influencia de estas situaciones en la aparición de la incontinencia fecal. Un cirujano colo-rectal, en lo posible, debe estar en su lista de amigos para atención inmediata.

Es triste comentar sobre la incontinencia resultante de una intervención quirúrgica por enfermedades benignas, particularmente hemorroides, fístulas perianales y fisuras anales. Dos situaciones pueden haber ocurrido: la cirugía fue realizada por un cirujano no especializado en cirugía de colon y recto ó fue realizada por un cirujano especializado.

Evidentemente, en el primer caso lo primero que consideramos es la insuficiente pericia de este cirujano en particular en el manejo de la cirugía anal. Es criterio común, al menos en los hospitales de nuestro país, que al residente quirúrgico que no guarda la disciplina del servicio, "se le castiga" encargándole la realización de la cirugía anal, con la ayuda de un residente de las mismas características. Esta actitud por parte de los responsables de los servicios, además de inhumana para el paciente, es dañina para la formación del cirujano, que al final

de su entrenamiento se considera apto para realizar cualquier tipo de cirugía, incluyendo la ano-rectal, acerca de la cuál tampoco ha tenido formación académica apropiada (11,13).

La mayor parte de la iatrogenia envuelta en la producción de la incontinencia fecal, está por consiguiente unida a mala técnica quirúrgica, desconocimiento de la anatomía del periné y de los principios básicos de la coloproctología (11,13). En otros casos, la incontinencia es el resultado de procedimientos no utilizados con frecuencia por sus malos resultados, como es el caso de la crioterapia anal, que es realizada incluso por cosmetólogos y cirujanos sin ningún entrenamiento en cirugía ano-rectal.

Excepcionalmente, un imprudente cirujano especializado en colo-proctología, puede ir más allá de sus capacidades técnicas o académicas, produciendo efectos indeseables en la funcionalidad del ano.

La cirugía ano-rectal debe ser realizada con gentileza, lo más anatómica posible y recordando esta regla de oro: "esfínter lastimado, esfínter reparado". La brusquedad y el campo sucio pueden no permitirnos visualizar una lesión esfinteriana.

El principio fundamental de la cirugía "primum non nocere", debe estar presente en la conciencia de los cirujanos que piensan que todo lo saben y todo lo pueden.

Como decíamos al principio, el manejo de la incontinencia fecal es una de las principales razones para la existencia de la especialidad de coloproctología.

Cuando un cirujano de colon y recto recibe a un paciente con incontinencia fecal, éste puede venir excepcionalmente de otro especialista o de sí mismo, pero en cualquier caso está obligado a restituir lo que ha sido dañado. Por consiguiente, debe indagar muy bien los antecedentes, solicitar los exámenes que puedan ayudarlo en el diagnóstico y en el planeamiento de la cirugía a realizar. En los casos difíciles, debe consultar con su colega favorito. Y, aunque la consulta del paciente es por incontinencia fecal, debe protegerse legalmente y documentar apropiadamente el diagnóstico para poder valorar a posteriori la evolución de su intervención. El USER y el TLMNP son documentos gráficos que, además de útiles, nos pueden respaldar ante cualquier agresión de tipo legal.

En nuestra experiencia, la técnica quirúrgica utilizada para restablecer la anatomía del

complejo esfinteriano, es irrelevante. Aún cuando preferimos la reparación muscular por aposición de los cabos musculares, su aproximación cabo a cabo también da buenos resultados (14). El empleo de suturas reabsorvibles de ácido poliglicólico, calibre 3-0, es suficiente para mantener la unión muscular. Preferimos usar un antibiótico, con espectro para gérmenes aeróbicos y anaeróbicos en el post operatorio, durante 5 días. Damos un reblandecedor fecal el mismo día de la intervención y no ordenamos ninguna restricción dietética.

Hemos abandonado la transposición simple del músculo gracilis y en su lugar propiciamos la graciloplastia dinámica (15-17), en los casos donde esta intervención está indicada, como en los grandes traumatismos del periné o de la columna vertebral y la restauración de la continencia después de la construcción de la colostomía perineal consecutiva a la amputación abdomino-perineal del recto. No tenemos experiencia con el empleo de colgajos de glúteo máximo.

En conclusión, un procedimiento quirúrgico inexpertamente ejecutado, mal indicado ó imprudentemente realizado, está siempre detrás de una incontinencia fecal.

Pero los culpables de que la incontinencia persista, si es que podemos señalar algún culpable, somos los especialistas en cirugía de colon y recto que no hemos sabido o podido, por las razones que puedan ser esgrimidas, entrenar adecuadamente a los cirujanos generales y mantenernos nosotros mismos dentro del plano del mas alto nivel de investigación y terapéutica en coloproctología.

REFERENCIAS

1. Dumon H, Henry L, Barth X, Mion F: Fecal incontinence in females with a past history of vaginal delivery: Significance of anal sphincter defects detected by ultrasound. Dis Colon Rectum, 2002; 45 (11): 1445-1451
2. Leeuw J, Vierhout M, Struijk P, Auswerda H, Bac DJ, Wallenburg H: Anal sphincter

damage after vaginal delivery. *Dis Colon Rectum*, 2002;45 (8): 1004-1010

3. Pescatori M, Anastasio OG, Bottini C, Mentasti A: A new grading scoring for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*,1992;35:482-487
4. Kuijpers HC en *Clinical Decision Making in Colorectal Surgery*, por S. Wexner y A.Vernava, 1995, Igaku-Shoin, New York-Tokyo
5. Nazir M,Carlsen E, Jacobsen AF, Nesheim BI: Is there any correlation between objective anal testing, rupture grade, and bowel symptoms after primary repair of obstetric anal sphincter rupture? *Dis Colon Rectum*, 2002;45 (10):13325-1331
6. Giordano P, Renzi A, Efron J,Oergaz P, Weiss E, Nogueras J, Wexner S: Previous sphincter repair does not affect the outcome of repeat repair. *Dis Colon Rectum*, 2001; 45 (5):635-640
7. Ayabaca S, Zbar A, Pescatori M: Anal continence after rectocele repair. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45(1):63-69
8. Cavanaugh M, Hyman N, Osler T: Fecal incontinence severity index after fistulotomy: a predictor of quality of life. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45(3):349-353
9. Morgado PJ, Alfaro R, Alfonzo R, Morgado Jr PJ: Anal incontinence: Our experience with gracilis muscle transposition. *Coloproctology*, XIII/91,No.4:212-216
10. Mularczyk A, Basilisco G: Fecal incontinence induced by spontaneous internal anal sphincter relaxation. Report of a case. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45 (7):973-976
11. Sato T, Nagai H: Pudendal nerve "complete" motor latencies at four different levels in the anal sphincter system in young adults, *Dis Colon Rectum*, 2002;45 (7):923-927
12. Stojkovic S, Balfour L, BurkeD, Finan P, Sagar P: Role of resting pressure gradient in the investigation of idiopathic fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45(5):668-673
13. Benson Y, Barnett R et al: Pudendal nerve terminal motor latency testing: assessing the educational learning curve. Can we teach our own?. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45(2):184-187
14. Halverson A, Hull T: Long-term outcome of overlapping anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45(3):345-348

15. Lehur PA, Zerbib F, Neunlist M, Gleman P, Bruley S: Comparison of quality life and anorectal function after artificial sphincter implantation. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45(4):508-513
16. Wexner S, Baeten C et al: Long term efficacy of dynamic graciloplasty for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45 (6):809-818
17. Kaiser A, Corman M: Modified perianal incisions in graciloplasty for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*, 2002; 45(5):703-704

