

INCONTINENCIA FECAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

QUESADA MATÍNEZ, MI. PARRA PARRA, Y. PÉREZ COLLADO, EM.
 Complejo universitario hospitalario de granada (1), Hospital La Inmaculada(2,3)

INTRODUCCIÓN:

La incontinencia fecal implica escape fecal aun con esfuerzo activo por retenerlo en momentos inadecuados y siendo recurrente. Patología multifactorial: Edad, tipo dieta, consistencia de heces, velocidad tránsito intestinal, debilidad suelo pélvico...Prevalencia en mayores de 15%. Principal causa en mujer es obstétrica, daño esfinteriano. Manifestándose incluso 50 años después retardo asociado a menopausia y envejecimiento fisiológico.

METODOLOGÍA:

Revisión bibliográfica: PubMed, buscadores Google, Google académico, GERION. 2011-2017. Palabras clave: Incontinencia fecal, adultos, hipotonía, esfínter anal.
 Caso clínico: Mujer 78 años, episodios escapes fecales desde hace años en reposo y con esfuerzo. Mantiene una o dos deposiciones diarias, siempre con escapes. No cuadro constitucional ni datos de alarmas. Buena tolerancia oral. NAMC, AIT, dislipemia, HTA, osteoporosis, artrosis, artroplastia rodilla, colecistectomizada, 4 partos vaginales prolongados.

OBJETIVO:

➤ Realizar seguimiento caso clínico incontinencia fecal.

RESULTADOS:

En la exploración física presenta abdomen: globuloso, blando, no doloroso, no masas ni megalias. Ruidos presentes. No signos de irritación peritoneal. Se le solicitan pruebas complementarias: analítica de sangre, orina y heces. Colonoscopia debiendo sustituir Adiro 300 por heparina una semana antes. Manometría anorectal.
Resultados de analíticas:
 analítica de sangre (hemograma, bioquímica general, hemoglobina glicosilada) y analítica de orina con valores dentro de la normalidad. No presencia de sangre en heces.
Resultados de colonoscopia: en la inspección: existencia de dermatitis perianal. En tacto rectal: esfínter hipotónico, canal anal libre, nada patológico al tacto, ampolla vacía. En anuscopia: cordones hemorroidales internos, congestivos, no erosionado ni sangrante, grado II. En la colonoscopia se llega hasta ciego, identificando la válvula ileocecal normal. Trayecto explorado de calibre, morfología, motilidad, distensibilidad, pliegues y mucosa normales.
Resultados de anometría anorectal, con sonda radial de 4 canales:
 La presión rectal es normal, aumenta con la tos (52mmHg) y con la maniobra de Van salva (55mmHg). El esfínter anal tiene una longitud aproximada de 4cm (normal en mujeres 2.6- 3.2 cm). Su tono está disminuido es simétrico, siendo la presión media máxima 46mmHG (normal en mujeres 56- 86). La tos provoca aumento de presión en el esfínter (85mmHg) que es mayor que el aumento a nivel rectal. Con la maniobra de van salva la presión del esfínter permanece similar.
 Maniobra de continencia: la contracción voluntaria del esfínter está disminuida, con una presión media máxima de 93 siendo lo normal en mujeres de 108-170 mmHg, siendo a los 4, 3 y 2 cm respectivamente de 64- 53- 93 mmHg.
 Se le diagnostica de incontinencia fecal por esfínter hipotónico y con disminución de la fuerza voluntaria del mismo. Y se deriva a la consulta de rehabilitación esfínter anal retroalimentación biofeedback, de cuya cita la paciente esta aún pendiente.

CONCLUSIONES:

La incontinencia fecal no supone en este caso un riesgo vital; pero, si altera la calidad de vida y la autopercepción de salud, limitando la autonomía y disminuyendo la autoestima. Afecta a la esfera psíquica con riesgo de aislamiento social, ansiedad y depresión. Mientras espera el tratamiento (biofeedback) para restablecer el sincronismo abdomino-perineal. Se le aconseja:

- Realizar ejercicios de suelo pélvico (ejercicios de Kegel) y de entrenamiento intestino.
- Modificar dieta y así regular el tránsito intestinal para evitar episodios diarreicos y formación de fecalomas.
- Cuidados de la piel zona perianal después de cada deposición.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Incontinencia fecal. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. NIH publicación N° 13- 4866. Sept. 2103.
2. Carmona Monge, FC. Álvarez Angorrilla, I. Sánchez Aguado, E. Ródroguez Ruiz, F. Ulceración rectal como una complicación del uso de sistema de control fecal Fexi-Seal: relato de casos. Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.5 São Paulo Oct. 2011.
3. Martín de Olmo, JC. La incontinencia fecal, una patología emergente y mal conocida. Rev. Acirca. 2016; 3(3): 1.
4. Díaz Acosta, D. Rodríguez Adams, E. M. Martínez Torres, J. D. C. M. Alerm Gonzalez, AJ. Incontinencia fecal en mujeres de edad mediana. Características y factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación, 2017. Vol. 8.