

Relación entre Score de Incontinencia Fecal y Hallazgos Ecográficos en Pacientes con Antecedente de Trauma Obstétrico

Mónica A. Pasarin, Pablo A. Farina, Omar R. Miravalle, Luciana La Rosa, Marianela Grandoli, Julieta Cittadini, Fernando Vazquez, Jorge H. Arias, Carlos M. Lumi
Centro Privado de Cirugía y Coloproctología, Ciudad de Buenos Aires

RESUMEN

Introducción: La incontinencia anal es una compleja y devastadora patología que altera la calidad de vida de los pacientes, cuya etiología más común es la lesión esfintérica postparto vaginal. A la hora de clasificar la incontinencia, el score descripto por Jorge y Wexner es el más utilizado en nuestro medio. La ecografía endoanal ha sido definida como el gold standard para evaluar los defectos del esfínter anal.

Objetivo: Determinar la correlación entre los hallazgos clínicos y ecográficos en pacientes con incontinencia fecal de causa obstétrica.

Material y Métodos: Población: pacientes que consultaron en el Centro Privado de Cirugía y Coloproctología entre enero de 2015 y diciembre de 2017 por incontinencia fecal con antecedentes de trauma obstétrico y a las que se les realizó una ecografía endoanal 360° y score de Jorge y Wexner.

Resultados: Se evaluaron 24 pacientes. La media de edad fue de 56 años. El número de partos en promedio fue 2,3 y el Score de Wexner en promedio fue 9.7 (± 5.2). La ecografía endoanal confirmó alteración esfintérica por afinamiento o interrupción en el 100% de los pacientes. Se observó una tendencia a una asociación negativa entre el Score de Wexner y la ecografía endoanal ($r = -0.328$, $p = 0.067$). Las pacientes con menor grado de lesión esfintérica por ecografía tenían mayor severidad en el Score de Wexner que las pacientes con mayor grado de lesión. Las pacientes con evidencia ecográfica de lesiones leves refirieron un mayor Score de Wexner que aquellas con lesiones severas.

Conclusión: En este trabajo no existió correlación entre los hallazgos ecográficos y el score de incontinencia. Si bien la ecografía esfintérica es el gold standard para evaluar daño muscular, la terapéutica no debe ser determinada solamente por la ecografía.

Tipo de estudio: Retrospectivo, transversal y descriptivo.

Palabras clave: Incontinencia Fecal; Ecografía Endoanal; Trauma Obstétrico

ABSTRACT

Introduction: Anal incontinence is a complex and devastating pathology that alters the patient's quality of life, whose most common etiology is vaginal postpartum sphincter injury. To classify incontinence, the score described by Jorge and Wexner is the most used in our environment. Endoanal ultrasound has been defined as the gold standard for evaluating anal sphincter defects.

Objective: To determine the correlation between clinical and ultrasound findings in patients with fecal incontinence due to obstetric cause.

Material and Methods: Population: patients who consulted at the Private Center of Surgery and Coloproctology between January 2015 and December 2017 due to fecal incontinence with a history of obstetric trauma and who underwent a 360° endoanal ultrasound and a Jorge and Wexner score.

Results: Twenty-four patients were evaluated. The average age was 56 years. The number of births on average was 2.3 and the Wexner Score on average was 9.7 (± 5.2). Endoanal ultrasound confirmed sphincter alteration by refining or interruption in 100% of patients. A tendency to a negative association was observed between the Wexner Score and the endoanal ultrasound ($r = -0.328$, $p = 0.067$). Patients with a lower degree of sphincter injury by ultrasound had greater severity in the Wexner Score than patients with a higher degree of injury. Patients with ultrasound evidence of mild lesions reported a higher Wexner Score than those with severe lesions.

Conclusion: In this work, there was no correlation between the sonographic findings and the incontinence score. Although sphincter ultrasonography is the gold standard for assessing muscle damage, therapy should not be determined only by ultrasound.

Type of study: Retrospective, cross-sectional and descriptive.

Keywords: Fecal incontinence; Endoanal ultrasound; Obstetric trauma

INTRODUCCIÓN

La incontinencia anal, definida como la pérdida involuntaria de gases y heces, es una compleja y devastadora patología que altera la calidad de vida de los pacientes que la padecen.^{1-5,9-11}

La continencia depende de factores que incluyen, entre

Mónica A. Pasarin

monis_pasarin@hotmail.com

otros, la consistencia de las heces, la capacidad de reservorio rectal, esfínteres anales interno (EAI) y externo (EAE) normales, factores neurológicos, metabólicos y psíquicos.⁶⁻⁹

La incontinencia anal se presenta principalmente en pacientes de edad avanzada y de sexo femenino, con una incidencia reportada del 1% al 10% en la población adulta. Sin embargo, debido al estigma de esta condición, la verdadera incidencia permanece desconocida.^{9,12}

La etiología puede ser idiopática, congénita, neurológi-

ca o secundaria a un trauma, siendo las lesiones obstétricas las más comunes.^{9,13-15} Numerosos factores, que pueden presentarse simultáneamente, pueden originar incontinencia fecal. La edad es un factor importante, pero la principal causa sigue siendo la lesión esfintérica postparto vaginal.¹⁶⁻¹⁷

A la hora de clasificar la incontinencia, varios autores se dedicaron a la descripción de un score constituido por diversos parámetros.¹⁸ Es un elemento objetivo para valorar el tipo y el grado de severidad de la incontinencia, permitiendo definir el tratamiento médico o quirúrgico y evaluar posteriormente los resultados obtenidos. Dentro de los más importantes, se encuentran los de Pescatori,¹⁸ Jorge y Wexner,¹⁹ American Medical System²⁰ y Revised Fecal Incontinence Scale,^{21,22} siendo el descripto por Jorge y Wexner el más utilizado en nuestro medio.^{19,23}

La ecografía endoanal ha sido definida como el gold standard para evaluar los defectos del esfínter anal.^{6,24,25,26} La calidad de la imagen y la capacidad de detección de defectos esfintéricos son equivalentes a los adquiridos con la resonancia magnética y superiores a los de la electromiografía esfintérica.²⁷

La ecografía endoanal 360° 3D posee un transductor que utiliza alta frecuencia con una sonda mecánica o electrónica que rota 360° y provee una imagen del piso pelviano, desde el músculo puborrectal hasta el margen anal, en forma de cubo 3D. Luego, esta imagen puede rotarse, inclinarse y cortarse permitiendo al operador obtener diferentes parámetros de sección para medir volumen, distancias, áreas y ángulos en cualquier plano,²⁸ pudiendo diferenciar pacientes incontinentes con esfínter anal intacto de aquellos con lesiones esfintéricas, tales como defectos, fibrosis, adelgazamiento, engrosamiento y atrofia. Los desgarros son identificados por la interrupción de las fibras circunferenciales y la fibrosis se caracteriza por la pérdida de la arquitectura normal.²⁸

La ecografía esfintérica adquiere especial importancia para cuantificar el daño esfinteriano y la topografía del mismo determinando cuál es, en el caso de que exista, el músculo afectado.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo es determinar la correlación entre los hallazgos clínicos y ecográficos en pacientes con incontinencia fecal de causa obstétrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población

Se incluyeron pacientes que consultaron en el Centro Privado de Cirugía y Coloproctología entre enero de 2015 y diciembre de 2017 por incontinencia fecal con antecedentes de trauma obstétrico y a las que se les realizó una eco-

grafía endoanal 360°.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con incontinencia fecal de más de 6 meses de evolución.
- Antecedente de trauma obstétrico

Criterios de exclusión:

- Antecedentes de cirugías anorificiales.
- Radioterapia previa.

Se analizaron las características demográficas y los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes incluidas, considerando como trauma obstétrico a trabajo de parto prolongado (>20 horas en primíparas y >14 horas en multíparas), feto macrosómico (de más de 4 kg de peso), utilización de fórceps y/o desgarros vaginales.³⁴

El diagnóstico de incontinencia se realizó a través del interrogatorio, descartando diagnósticos diferenciales como escurrimiento fecal o síntomas de Obstrucción del Tracto de Salida (OTS). Las pacientes debían presentar al menos 3 episodios de incontinencia referidos en el diario de hábito evacuatorio de 21 días. Completaron el cuestionario de calidad de vida de incontinencia anal y el grado de severidad se determinó según el score de Jorge y Wexner.¹⁹

Las ecografías fueron realizadas en consultorio por 3 operadores experimentados. Se utilizó un ecógrafo modelo Brüel & Kjaer Flex Focus 1202 (B-K Medical, Dinamarca) con transductor mecánico rotativo de 360° 3D y una sonda rotatoria multifrecuencia de 13MHz (6-20 MHz). Los esfínteres se evaluaron y describieron en los tres niveles, alto, medio y bajo, considerando lesión del EAI al objetivar una solución de continuidad o disminución del espesor en el anillo hipoeogénico y del EAE al observar una discontinuidad o disminución del espesor del anillo hipereogénico. En los casos en que hubiera una solución de continuidad, se determinó el cuadrante y el grado o ángulo de afectación.

Las lesiones se clasificaron de la siguiente manera:²³

- Leve o Grado I cuando existe adelgazamiento del músculo:
 - Ia EAI
 - Ib EAE
 - Ic EAI + EAE
- Moderado o Grado II cuando existe disrupción del músculo menor a 120°:
 - IIa EAI
 - IIb EAE
 - IIc EAI + EAE
- Grave o Grado III cuando existe disrupción del músculo mayor a 120°, pudiendo estar asociado a lesión del puborrectal o del elevador del ano:
 - IIIa EAI
 - IIIb EAE
 - IIIc EAI + EAE

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS 20 (SPSS, Chicago, IL, USA), considerando como una diferencia estadísticamente significativa un valor de $P < 0.05$.

Las variables categóricas se expresaron en números y porcentajes. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuantil, según normalidad de la variable. Las comparaciones entre variables categóricas fueron analizadas con el test chi cuadrado o el test exacto de Fisher según corresponda. El Score de Wexner y la valoración del daño esfinteriano, mediante la ecografía endoanal, se correlacionaron utilizando el test estadístico de Kendall tau-b. La fuerza de la asociación se interpretó de acuerdo al siguiente rango de valores: <0.20 , pobre; $0.21-0.40$, leve; $0.41-0.60$, moderada; $0.61-0.80$, buena; $0.81-1.00$, muy buena.

Se calculó que un tamaño de muestra de 23 pacientes sería suficiente para detectar una correlación de 0.55 o mayor con un nivel de significación del 5% y un poder estadístico de 80%.

RESULTADOS

Se evaluaron 24 pacientes que consultaron por incontinencia fecal y antecedente de daño obstétrico entre enero de 2015 y diciembre de 2017. La media de edad fue de 56 años, con un rango de 29 a 81 (Tabla 1). El número de partos en promedio fue 2,3 y el Score de Wexner en promedio fue 9.7 (± 5.2). La ecografía endoanal confirmó alteración esfinteriana por afinamiento o interrupción en el 100% de nuestros pacientes. Se encontraron defectos estructurales en el EAE en el 42% de las pacientes y en ambos esfínteres en el 46%, el 12% restante solo tenía daño estructural en el EAI.

Se observó una tendencia a una asociación negativa entre el Score de Wexner y la ecografía endoanal ($r = -0.328$, $p = 0.067$). Las pacientes con menor grado de lesión esfinteriana por ecografía tenían mayor severidad en el Score de Wexner que las pacientes con mayor grado de lesión. Mediana del Score de Wexner 11 (± 5) y 5 (± 1), respectivamente) (Tabla 2). No se encontró asociación entre el Score de Wexner y la localización del daño esfinteriano ($p = 0.27$).

Nuestros resultados muestran que el esfínter externo es el más afectado en las pacientes con antecedente de trauma obstétrico. No existe una relación lineal entre el grado de lesión objetivado por la ecografía y la clínica referida, al contrario, las pacientes con evidencia ecográfica de lesiones leves refirieron un mayor Score de Wexner que aquellas con lesiones severas.

No existió correlación entre la edad de las pacientes y el score de incontinencia.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

| | |
|--|----------------------|
| Edad (años), media \pm DE (rango) | 56 \pm 2.6 (29-81) |
| Score de Wexner, media \pm DE | 9.7 \pm 1.1 |
| Grado de incontinencia según Score de Wexner, n (%) | |
| Leve | 6 (25) |
| Moderado | 7 (29.2) |
| Grave | 8 (33.3) |
| Severo | 3 (12.5) |
| Clasificación de daño esfinteriano por ecografía n (%) | |
| Ia | 3 (12.5) |
| Ib | 8 (33.3) |
| Ic | 9 (37.5) |
| IIlb | 2 (8.3) |
| IIlc | 2 (8.3) |
| Localización del daño esfinteriano n (%) | |
| Interno | 3 (12.5) |
| Externo | 10 (41.7) |
| Ambos | 11 (45.8) |
| Grado de incontinencia n (%) | |
| Leve | 20 (83.3) |
| Severo | 4 (16.7) |

TABLA 2: RELACIÓN ENTRE GRADO DE LESIÓN ECOGRÁFICA Y SCORE DE INCONTINENCIA

| | | Grado de Lesión ecográfica | | |
|-----------------|----------|----------------------------|----------|--------|
| | | Leve | Moderado | Severo |
| Score de Wexner | Leve | 4 | 0 | 2 |
| | Moderado | 5 | 0 | 2 |
| | Grave | 8 | 0 | 0 |
| | Severo | 3 | 0 | 0 |

DISCUSIÓN

La continencia anal se mantiene por el equilibrio entre estructuras anatómicas, factores funcionales, metabólicos y psicológicos. Si alguno de estos mecanismos se encuentra afectado, sin poder ser compensado por el resto, la incontinencia se pone de manifiesto. Es por esto que pueden ser asintomáticos pacientes con lesión esfinteriana y sintomáticos aquellos con esfínter intacto.¹⁻⁵

Un metanálisis que incluyó 717 pacientes con parto vaginal publicado por Oberwalder y cols.^{28,29} en la British Journal of Medicine en el año 2003, donde el objetivo fue obtener una evaluación general del riesgo de lesión esfinteriana postparto, estimaron una incidencia de daño esfinteriano objetivado por ecografía de 26.9% en mujeres primíparas, con un incremento de 8.5% de incidencia acumulada con nuevos partos en pacientes multíparas, y demuestran que un 3-4% de las pacientes presentaron incontinencia fecal post-parto sin tener defecto esfinteriano; sin embargo, sólo el 30% de las pacientes con daño obstétrico fueron sintomáticas. Concluyeron que la incidencia de alteración del esfínter anal postparto vaginal es más alta de lo que se esti-

ma y 2/3 de los defectos ocultos son asintomáticos.

La incidencia del daño esfinteriano oculto fue prácticamente desconocida hasta el año 1993, cuando Sultan y cols.^{30,31} publicaron los resultados ecográficos de un estudio prospectivo en mujeres pre y post parto, encontrando un daño esfintérico oculto en más del 35% de las primíparas y 44% de las múltiparas. Sólo el 20.4% de las mujeres con defectos ecográficos eran sintomáticas. Concluyen que los defectos ocultos son comunes después del parto.

Salvans y cols., en un estudio sobre 133 pacientes con incontinencia fecal de causa obstétrica, encontraron que aproximadamente un tercio poseía un complejo esfinteriano íntegro objetivado por ecografía esfintérica, por lo que determinaron que la asociación entre estructura y función anorrectal, e incluso, la importancia que se daba en el pasado a la anomalía estructural en la etiopatogenia de la incontinencia fecal, no es constante. Las pacientes con lesiones obstétricas no tienen por qué experimentar en todos los casos incontinencia.³²

En lo que respecta a la calidad de vida, en un trabajo multicéntrico hecho en Londres por Ramage y cols., investigaron si luego de una lesión obstétrica del esfínter se afecta la funcionalidad y la calidad de vida según el grado de lesión. Incluyeron 161 pacientes que sufrieron desgarramientos postparto de 3° y 4° grado, con un seguimiento de hasta 24 meses. Los resultados no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia de incontinencia en relación al grado de lesión obstétrica. Concluyen que no tiende a haber mayor incontinencia a medida que se incrementa el grado de lesión.³³

La determinación y comparación de la utilidad de distintos métodos diagnósticos para evaluar a pacientes con incontinencia anal, y su relación con el grado de severidad han sido objeto de múltiples publicaciones con resultados muy diversos. En nuestro medio, Lumi y cols.¹ compararon la utilidad de la ecografía y la manometría en pacientes con incontinencia anal reportando que ambos métodos presentan buena correlación con la clínica, pero no entre sí, concluyendo que ningún método puede reemplazar al otro aún en casos de incontinencia que tengan una causa evidente y que justifique los síntomas.¹⁻⁹

En nuestra población hubo discordancia frente a lo esperado por lógica en relación al score y grado de lesión. Los resultados arrojan que el 100% de las pacientes incluidas en este estudio presentaron algún tipo de defecto esfintérico. De las 20 pacientes con grado de lesión tipo I, 3 tenían score severo, 8 grave, 5 moderado y 4 leve. Las paciente con grado de lesión tipo III, en la que uno esperaría un score grave o severo por el tipo de lesión, observamos que los scores fueron leve y moderado. No existió una relación lineal entre mayor daño ecográfico y mayor severidad de la incontinencia.

Es de destacar que pueden presentarse pacientes incontinentes con ecografía normal, hecho que hemos observado en el 27.1% de 74 pacientes en un trabajo que publicamos previamente,¹ donde comparamos severidad clínica con hallazgos manométricos y ecográficos en pacientes con incontinencia fecal. Se concluyó que no existía correlación entre manometría y ecografía esfintérica.

Esto podría explicarse por la diversidad de factores que pueden provocar la pérdida de la continencia, reforzando nuestra recomendación de realizar siempre ecografía y manometría a todo paciente con incontinencia anal, independientemente de la posible causa.

Nuestro estudio podría estar sesgado por su naturaleza observacional y retrospectiva, y tiene como debilidad la falta de determinación del tiempo transcurrido entre el trauma obstétrico y el momento de aparición de los síntomas, aunque todas las pacientes al menos presentaban 6 meses de evolución de los mismos.

CONCLUSIÓN

En este trabajo no existió correlación entre los hallazgos ecográficos y el score de incontinencia.

Al tratarse de una patología compleja y con múltiples causas interrelacionadas, exige para definir su tratamiento la evaluación de todas las posibles etiologías.

Si bien la ecografía esfintérica es el gold standard para evaluar daño muscular, la terapéutica no debe ser determinada solamente por la ecografía.

ANEXO

TABLA 3: SCORE DE WEXNER¹⁹

| | Nunca | <1 vez mes | >1 vez mes | >1 vez semana | >1 vez día |
|------------------------------|-------|------------|------------|---------------|------------|
| Incontinencia heces SÓLIDAS | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Incontinencia heces LÍQUIDAS | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Incontinencia a GAS | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Uso compresa o pañal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Alteración de la vida social | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

BIBLIOGRAFÍA

- Lumi CM, Miravalle OR, La Rosa L, Gualdrini UA, Arias JH, Lueso M et al. Ecografía anorrectal y manometría en el estudio de pacientes con incontinencia fecal. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2012;42:193-8.
- Parés D, Vial M, Bohle B, Maestre Y, Pera M, Roura M et al. Prevalence of fecal incontinence and analysis of its impact on quality of life and mental health. *Colorectal Dis*. 2011;13:899-905.
- Lo J, Osterweil P, Li H, Mori T, Eden KB, Guise JM. Quality of life in women with postpartum anal incontinence. *Obstet Gynecol*. 2010;115:809-14.
- Yusuf SA, Jorge JM, Habr-Gama A, Kiss DR, Gama Rodriguez J. Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the questionnaire FIQL. *Arq Gastroenterol*. 2004;41:202-8.
- Barlett L, Nowak M. Impact of fecal incontinence on quality of life. *World J Gastroenterol*. 2009;15:3276-82.
- Santoro GA, Di Falco G. *Benign anorectal diseases*. Italia: Springer; 2006.
- Sultan AH, Stanton SL. Occult obstetric trauma and anal incontinence. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1997;9(5):423-7.
- Deen KI, Kumar D, Williams JG et al. The prevalence of anal sphincter defects in faecal incontinence: a prospective endosonic study. *Gut*. 1993;34:685-8.
- Martínez Hernández Magro P, Villanueva Sáenz E, Jaime Zavala M, Sandoval Munro RD, Rocha Ramírez JL. Endoanal sonography in assessment of fecal incontinence following obstetric trauma. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003;22:616-22.
- Thomas TM, Egan M, Walgrove A, Meade TW. The prevalence of fecal and double incontinence. *Community Med*. 1984;6:216-20.
- Oliveira L, Wexner SD. Anal incontinence. En: Beck DE, Wexner SD, editores. *Fundamentals of anorectal surgery*. 2da ed. London: Saunders Co Ltd;1998. p.115-52.
- Belmonte Montes C, Hagerman G, Vega Yopez PA, Hernandez de Anda E, Fonseca Morales V. Anal sphincter injury after vaginal delivery in primiparous females. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:1244-8.
- Varma A, Gunn J, Lindow SD, Duthie GS. Do routinely measured delivery variables predict anal sphincter outcome?. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1261-4.
- Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, Vuagnat A, Benifla JL, Darai E et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery?. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:590-8.
- Fynes MM, Behan M, O'Herlihy C, O'Connell PR. Anal vector volume analysis complements endoanal ultrasonographic assessment of postpartum anal sphincter injury. *Br J Surg*. 1991;78:312-4.
- Oom DMJ, West RL, Schouten WR, Steensma AB. Detection of anal sphincter defects in female patients with fecal incontinence: A comparison of 3-dimensional transperineal ultrasound and 2-dimensional endoanal ultrasound. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:646-52.
- Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126(1):3-7.
- Pescatori M, Anastasio G, Bottini C et al. New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. *Dis Colon Rectum*. 1992;35:482-7.
- Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Col Rectum*. 1993;36:77-97.
- Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA et al. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut*. 1999;44:77-80.
- Sansoni J, Hawthorne G, Fleming G et al. The revised faecal incontinence scale: a clinical validation of a new, short measure for assessment and outcomes evaluation. *Dis Colon Rectum*. 2013;56:652-9.
- Bischoff A, Bealer J, Peña A. Critical analysis of fecal incontinence scores. *Pediatr Surg Int*. 2016;32:737-41.
- Lumi CM, Muñoz JP. Tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal. *Enciclopedia de cirugía digestiva*. 2014;3(368):1-14.
- Bliss DZ, Mellgren A, Whitehead WE, Chiaroni G, Emmanuel A, Santoro GA et al. Assessment and conservative management of faecal incontinence and quality of life in adults. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, Editors. Paris. 5th international consultation on incontinence. 2013;16:1443-68.
- Santoro GA, Fortling B. The advantages of volume rendering in three-dimensional endosonography of the anorectum. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:359-68.
- Ros C, Martinez-Franco E, Wozniak MM, Cassado J, Santoro GA, Elias N et al. Postpartum 2D and 3D ultrasound evaluation of the anal sphincter complex in women with obstetric anal sphincter injuries. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017;49(4):508-14.
- Norderval S, Markskog A, Rossaak K, Vonon B. Correlation between anal sphincter defects and anal incontinence following obstetric sphincter tears: assessment using scoring systems for sonographic classification of defects. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008;31:78-84.
- Santoro GA, Wiczorek AP, Dietz HP, Mellgren A, Sultan AH, Shobeiri SA et al. State of the art: an integrated approach to pelvic floor ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37:381-96.
- Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg*. 2003;90:1333-7.
- Samarasekera DN, Bekhit MT, Wright Y, Lowndes RH, Stanley KP, Preston JP et al. Long-term anal continence and quality of life following postpartum anal sphincter injury. *Colorectal Disease*. 2007;10:793-9.
- Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med*. 1993;329:1905-11.
- Salvans S, Parés D, Pera M, Pascual M, Alonso S, Courtier R et al. Endoanal ultrasound findings in patients with faecal incontinence using a scoring system. *Cir Esp*. 2009;86(5):290-5.
- Ramage L, Yen C, Qiu S, Simillis C, Kontovounisios C, Tekkis P et al. Functional and quality of life outcomes following obstetric anal sphincter injury (OASI): does the grade of injury affect outcomes? *Int Urogynecol J*. 2017;28(11):1709-17.
- Sultan AH, Monga AK, Stanton SL. The pelvic floor sequelae of childbirth. *British Journal of hospital medicine*, 1996;55(9): 575-9.

COMENTARIO

La incontinencia anal supone la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la liberación de materia fecal o gases. Considerándose como un síntoma de gran impacto social que puede generar incapacidad en aquellos pacientes que la padecen.

Como esta patología es de difícil abordaje por parte del paciente, es importante el uso de cuestionarios defecatorios, para objetivar la severidad de la incontinencia.

Resulta importante la anamnesis detallada respecto a la incontinencia fecal, especificando inicio, duración, intensidad de los síntomas, e historia obétrica. Debiéndose considerar otras etiologías como factores desencadenantes.

Su prevalencia es variable dependiendo de la definición utilizada y de la población estudiada. Las cifras son difíciles de obtener en relación a la vergüenza de los pacientes.

Estudios recientes muestran una prevalencia en la comunidad en rangos de 2 a 24%, dependiendo del grupo estudiado.^{1,2}

En la mujer la principal causa de incontinencia fecal es el daño esfinteriano de causa obstétrica, el cual suele manifestarse entre la 5° a 7° década de la vida. Dos son los mecanismos relacionados en su aparición: la lesión de los nervios pudendos y la lesión traumática del aparato esfinteriano. Pudiéndose explicar, según el mecanismo, la falta de correlación entre scores de continencia y las imágenes de la ecografía endorrectal, tal como demuestran los autores del trabajo.

La historia clínica junto al examen coloproctológico son capaces de detectar un factor asociado a la IF sólo en el 11% de los pacientes, mientras que los exámenes complementarios (manometría, ecografía endorrectal) pueden detectar una anomalía en el 66% de los pacientes.³

Si bien el ultrasonido endoanal es el método por excelencia para la visualización del esfínter anal interno y externo, el músculo puborrectal.

Las pruebas complementarias pueden cambiar la estrategia terapéutica hasta en el 76% de los casos.

Mariano Cillo
Hospital Británico, C.A.B.A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varma M, Brown J, Creasman J, Thom D, Van Den Eeden S, Beattie, M, et al. Fecal Incontinence in Females Older Than Aged 40 Years: Who is at Risk? *Dis Colon Rectum*. 2006;49:841-851.
2. William E Fecal Incontinence in U.S. Adults: Epidemiology and Risk Factors. *Gastroenterology*. 2009;137: 512-517.
3. Rao SS. Diagnosis and management of fecal incontinence. American College of Gastroenterology Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:1585-604.

SESIÓN 13 DE JULIO DE 2018

Dr. Salim: Bueno, felicitaciones, un excelente diseño, una sola pregunta. ¿Las ecografías fueron hechas por el mismo operador? Y si fueron hechas por diferente operador, si hubo acuerdo interobservador.

Dra. Pasarin: Las ecografías fueron realizadas por tres operadores diferentes, y junto con Johana que es la que hizo la estadística de trabajo, que no la incluimos, calculamos el grado de concordancia al hacer las ecografías con el ecógrafo 3D, y encontramos que había un grado de concordancia entre los tres.

Dr. Rosatto: Bueno, desde ya felicitaciones, yo creo que una recomendación es que este trabajo debieran publicarlo además en la Sociedad de Gineco Obstetricia y otra cosa, agregar, es que a pesar de que el tramo obstétrico es una de las causas más frecuentes de la incontinencia, lamentablemente, en las mujeres. Hay que tener también presente que la cesárea no previene la incontinencia, de que aun así, digamos, el precio de ser madres que pagan las mujeres es muy alto, más allá de que exista o no un trauma por el canal del parto, que se evita con una cesárea pero que no previene la incontinencia, a pesar de que nosotros como cirujanos colorrectales después de un trauma obstétrico recomendamos a las mujeres no tener un segundo hijo a través de un parto normal, en general los obstetras son poco proclives a esa misma recomendación. Así que me parece que este trabajo, ustedes debieran presentarlo además en la Sociedad de Gineco Obstetricia para que vean la incidencia del trauma obstétrico que se genera producto de los partos vaginales. Muchas gracias.

Dra. Pasarin: Gracias.

Dr. Farina: El trabajo este fue diseñado con esa clasificación ecográfica, pero que actualmente estamos en una plataforma de desarrollo de estudio ecográfico más complejo de piso pelviano como para tratar de detectar algunas lesiones asociadas que antes no se las consideraban. Se consideraba la anatomía de los esfínteres, y lo que se busca es medir el hialto urogenital, la inserción del músculo en el arco anterior, una serie de factores que estamos evaluando para en un futuro hacer una presentación y, si podemos, buscar otras causas.

Presidente: Bueno, no habiendo más preguntas muchas gracias Mónica.