

Actualidad del tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal: “No todo es para todos”

Omar Ruben Miravalle

Colaboradora: Pamela Jacinto

Centro Privado de Coloproctología. CABA, Argentina.

A modo de salvedad, quiero recalcar que es más correcto el término incontinencia anal que fecal, ya que la última no abarcaría la incontinencia de gases sino solo la pérdida de materia fecal. La incontinencia anal es la incapacidad de diferir el acto evacuatorio, impidiendo el control voluntario del vaciado rectal. Esta patología afecta severamente la calidad de vida de quien la padece, con una incidencia variable entre el 8-21 % presentando un subregistro considerable.

Múltiples factores están relacionados con su etiología: obstétricos, traumáticos, quirúrgicos, lesión nerviosa, injuria medular, trastornos mentales y alteraciones en la consistencia de la materia fecal.

Luego de una evaluación inicial que incluye interrogatorio, scores de severidad, scores de calidad de vida, examen físico y los estudios complementarios necesarios para cada caso, el tratamiento de estos pacientes comienza con dieta, restricción hídrica, suplemento de fibra, tratamiento farmacológico y rehabilitación de piso pelviano o biofeedback si corresponde.

En caso de que el paciente continúe con síntomas, se abre un abanico de posibilidades de tratamiento que incluye: a) quirúrgico (esfinteroplastia); b) tratamientos alternativos (sustancias de abultamiento anal, radiofrecuencia); c) dispositivos para evitar el vaciado involuntario del recto (esfínter anal artificial magnético, vaginal bowel system, anal insert device); d) estimulación eléctrica de las raíces sacras o del nervio tibial posterior; e) tratamiento con células madre o “stem cells”; f) derivación u ostomía. No es el objetivo de esta editorial abarcar las últimas novedades sobre cada tratamiento sino realizar una reflexión sobre la actualidad del tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal.

Cada caso debe ser bien estudiado, es imprescindible conocer el mecanismo y las causas de la incontinencia, ¿es pasiva o activa?, ¿asociada a hiper o hiposensorialidad?, ¿hay urgencia evacuatoria? Todos estos datos son la clave para indicar el tratamiento correcto para el paciente. Es un error

interpretar que todos mejoran con un mismo y único tratamiento, o considerar que en todos los casos se debe a un músculo que alteró su función. Hay complejos mecanismos, reflejos y demás factores que se ven involucrados. Me ha tocado ver, en mi práctica diaria, muchos pacientes tratados como incontinentes, incluso en plan quirúrgico, cuando lo que presentaban era un escurrimiento fecal consecuencia de una obstrucción del tracto de salida (SOTS), es decir, tratar como incontinente a un paciente constipado. Por lo que, insisto, es fundamental entender el mecanismo de la continencia y qué situación particular se vea alterada en cada paciente.

La esfinteroplastia tiene indicación ante la falta de continuidad en los esfínteres anales, con el objeto de devolver la disposición circunferencial al músculo y lograr, mediante su contracción, la oclusión correcta del conducto anal.

Generalmente, tiene lugar ante lesiones musculares que abarcan de 60 a 180 grados. Tiene su principal indicación ante desgarros o lesiones de causa obstétrica, con más frecuente compromiso de la parte anterior del aparato esfinteriano. En muchos casos, asociada a perineorrafia por disminución o ausencia del cuerpo perineal.

La principal desventaja de esta técnica es que la mejoría sintomática obtenida inicialmente presenta una disminución cercana al 60 % luego de los 5 años de seguimiento. Está demostrado que el principal factor pronóstico preoperatorio es la edad de la paciente y el postoperatorio es la infección de la herida, situación que se presenta entre el 4 %, el 12 % y en algunas publicaciones hasta el 27 %. La infección de la piel y partes blandas conlleva casi indefectiblemente a la apertura de la plástica esfinteriana.

Ante esta situación, hay autores que no contraindican una segunda reparación quirúrgica, pero las opiniones y resultados obtenidos son generalmente peores que la primera reparación.

Son necesarias algunas consideraciones al evaluar los resultados de cualquier terapia para el tratamiento de la incontinencia, por un lado, existe una franca heterogeneidad en la clasificación de severidad clínica y, por otro, en la forma de evaluación de los resultados obtenidos. Es complejo comparar estudios de pacientes cuando cada autor usa una clasificación y definición de éxito distinta, por lo que

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Omar Ruben Miravalle

rubenmiravalle@gmail.com

Recibido: mayo de 2020. **Aceptado:** junio de 2020.

resulta complejo interpretar sus resultados. Muchos autores consideran un tratamiento exitoso cuando la mejoría es mayor al 50 %, subestimando los síntomas restantes del paciente. Por ejemplo, un paciente con un score de Wexner 18 que pasó a un score de 9, que continúa afectando su calidad de vida, y algunos autores los catalogan como “éxito”. Cada paciente es distinto y también va a ser diferente cómo se sienta y cuánto afecte en su estado de ánimo, vergüenza y depresión ante una situación de incontinencia, por lo que considero más integral utilizar scores de severidad junto con scores de calidad de vida (FIQL).

Si bien no existe un “gold standard” en el tratamiento de la incontinencia anal, es inevitable hacer mención a la neuromodulación sacra, ya que probablemente va camino a serlo, debido a los buenos resultados obtenidos en todo el mundo. Es el tratamiento con más ventajas que desventajas, lo que en cierta forma ocupa un lugar central en el tratamiento de este tipo de pacientes, con resultados a corto, mediano y largo plazo que se acercan al 80 % de efectividad y aun más. Son muy pocas sus contraindicaciones, y cada vez menos, ya que se están desarrollando nuevos dispositivos (cables y generadores) que son compatibles con la realización de RMN. Sin dudas, el principal factor en contra es su precio, que cada vez se siente más en países subdesarrollados como el nuestro.

Si bien la terapia de neuromodulación es interesante y atractiva, y los resultados son tan buenos entusiasman a cualquier médico que la realice, no comparto la opinión de algunos colegas que lo indican en cualquier paciente independientemente de la causa y la severidad, “yo neuromodulo a todos los pacientes”, incluso en los que solo presentan incontinencia a gases.

Varios autores demostraron que la neuromodulación sacra es también efectiva en pacientes con defecto muscular que no ha sido reparado previamente, siendo los resultados similares a los de aquellos pacientes que se sometieron a una reconstrucción previa del esfínter. Este es otro punto de controversia, en parte basado en las dificultades

económicas que debemos sortear en nuestro sistema de salud. Hay realidades distintas entre los países desarrollados y nuestra actualidad. En este sentido, en Argentina es muy poco viable poder neuromodular un paciente sin haber corregido previamente el defecto muscular, ya que cualquier “pagador” o auditoría que se realice, va a solicitar al médico tratante haber agotado todas las instancias terapéuticas previas para aprobar el costo de la neuromodulación. Considero que la reparación quirúrgica es útil pero también hay situaciones particulares en las que el tratamiento de primera línea debería ser la neuroestimulación. El beneficio de la esfinteroplastia existe, y más aún si el daño es extenso, ya que no solo devuelve la continencia (aunque sea de forma transitoria) sino que restituye la anatomía normal, con su consiguiente beneficio en el aspecto estético, funcional y sexual.

Siempre recuerdo haber presenciado un congreso donde el pionero en el mundo en aplicar el tratamiento de neuromodulación para incontinencia fecal, luego de una extensa e interesante exposición, fue consultado sobre cómo trataría a un paciente que no responde a la neuromodulación sacra y afirmó que “le haría una esfinteroplastia porque la mitad desmejora, pero la otra mitad no”.

Por todo lo mencionado anteriormente, considero que la neuromodulación sacra es, probablemente, el mejor tratamiento que se pueda ofrecer a nuestros pacientes, pero no quita que la esfinteroplastia, aunque sea una terapia menospreciada por muchos autores y centros de referencia del primer mundo, sigue siendo una alternativa vigente por los beneficios que ofrece, por devolver la anatomía normal, por tener buenos resultados a corto, mediano y, en un porcentaje de pacientes, largo plazo. Más aún, frente a las dificultades económicas y la pérdida de valor de nuestra moneda para adquirir una terapéutica que afronta un elevado costo. La neuromodulación llegó para quedarse, pero la esfinteroplastia no se ha ido, menos, en Argentina. Hay que evaluar minuciosamente cada caso y no generalizar, ya que, no todo es para todos.