

PRESENTACION DE CASO

Tratamiento de la incontinencia anal mediante rehabilitación integral del suelo pélvico. Presentación de caso

Treatment of anal incontinence by means of integral rehabilitation of the pelvic floor. Case presentation

MSc. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams, MSc. Lic. Dayuli Díaz Acosta, MSc. Dr. José Ángel García Delgado

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). Playa. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La incontinencia anal, como imposibilidad de retardar voluntariamente el paso del contenido intestinal a través del ano, hasta poder efectuar la evacuación, se origina por diferentes causas. Se incrementa con la edad y su costo social aún no está bien estudiado pues puede causar un importante déficit en la calidad de vida. Su tratamiento puede ser conservador y/o quirúrgico; el conservador es poco utilizado y está dirigido al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico. Se reporta el caso de una mujer de 29 años, operada en tres ocasiones por fístula anal que dejó como secuela incontinencia anal total. Se aplicó tratamiento conservador rehabilitador integral consistente en magnetoterapia y electroterapia estimulativa local con ejercicios de los músculos del suelo pélvico y apoyo psicoterapéutico. La paciente logró la continencia anal y la reinserción sociolaboral.

Palabras clave: incontinencia anal, tratamiento rehabilitador integral, disfunción del suelo pélvico.

ABSTRACT

The anal incontinence is the impossibility of slowing voluntarily the one step of the intestinal content through the ano, until the moment in can be made evacuation;

originated by different causes, it is increased with the age and the social cost is not still studied, because can cause an important deficit in the quality of the patient's life. The treatment can be conservative y/o surgical. The conservative intervention littler is use direct to the training of the muscles of the pelvic floor. We report the case of a 29 years old woman, operated in three opportunities, with anal water-pipe and she left as sequel total anal incontinence. We was applied treatment with local magnetotherapy, stimulate electrotherapy and exercises of pelvic floor. It was achieved the continence and social reinsertion.

Keywords: anal incontinence, integral rehabilitative treatment, pelvic floor dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia anal presenta variadas definiciones en la literatura, una de ellas es la imposibilidad de retardar voluntariamente el paso del contenido intestinal a través del ano hasta el momento en que pueda efectuarse la evacuación. Varía desde el simple manchado de la ropa interior hasta la evacuación completa del recto, por lo que no presenta un marcador de gravedad de cuadros como la diarrea, sino la de alteración de los mecanismos de la continencia.¹

La prevalencia real aún se desconoce debido a la falta de definiciones objetivas de estos trastornos y a la variedad de poblaciones estudiadas, sobre todo porque muchos pacientes no admiten su incontinencia, aunque se pregunte de manera directa, estudios prospectivos publicados en fechas recientes, estiman sorprendentes cifras de prevalencia, entre el 2 y 7 % de la población general y hasta un 20 % en ancianos. Su incidencia se incrementa con la edad y asociada a otras afecciones del suelo pélvico (SP); se observa con más frecuencia en mujeres por la disposición anatómica y funcional del aparato reproductor femenino, los traumatismos asociados al parto por vía vaginal y el estreñimiento severo de larga evolución, más habitual en dicho sexo.²

El costo social no está del todo estudiado debido al subregistro de atención médica, ya que los pacientes que la padecen no acuden en busca de ayuda especializada, pero se presume sea alto.³ Además, puede causar un déficit importante en la calidad de vida de los pacientes y originar sociopatías graves, pues numerosos pacientes afectados por esta enfermedad adoptan hábitos sociales y conductas que evitan las relaciones interpersonales.⁴

Las causas pueden ser congénitas o secundarias a enfermedades o trastornos de orden ginecobstétricos, coloproctológicos, urinarios bajos y medicamentosos, entre otros, que tienen en común el estiramiento y debilitamiento de la musculatura del piso pélvico, pero aún hoy las claves diagnósticas de este trastorno y las opciones terapéuticas están poco sistematizadas y todavía en desarrollo.^{2,3}

Para su solución existen pautas de tratamiento, que pueden ser: conservador, quirúrgico o la combinación de ambos. El conservador, por lo regular, previo al quirúrgico, consiste en aspectos o medidas de índole dietéticas, medicación farmacológica variada, utilización de materiales absorbentes, terapia de apoyo

psicológico y fisioterapia del SP, dirigidas a una retroalimentación biológica, el entrenamiento del globo rectal y la estimulación eléctrica de la musculatura pelviana periesfinteriana. Al final se realiza la evaluación de su efectividad, antes de tomar la decisión del tratamiento quirúrgico.^{2,3} En Cuba, según los resultados de la revisión de la literatura existente, los autores no encontraron referencias de la realización de este tipo de tratamiento rehabilitador integral por otros equipos de investigación, por lo que el objetivo del presente trabajo consiste en presentar el reporte de un caso evaluado y tratado por el equipo de trabajo perteneciente a la sección de SP de la Sociedad Cubana de Medicina Física y Rehabilitación.

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 29 años, obesa, profesora, licenciada en Educación Física con antecedentes de hipertensión arterial ligera controlada con dieta, intolerancia a la glucosa (toma metformín) y procesos alérgicos (toma loratadina). Tiene una fístula anal de varios años de evolución de la cual fue operada y reintervenida en dos ocasiones, además de reproducirse en tres ocasiones, que como secuela final dejó una incontinencia anal total a heces y gases. Consumidora de café (de 2 a 3 tazas diarias) y alrededor de 3 L de líquido al día. Tuvo un embarazo normal con parto transvaginal y refiere que le fue realizada episiotomía perineal.

Al examen físico de la región perineal se constataron cicatrices en dicha región, troficidad vulvovaginal conservada, diámetro de apertura de la vagina 22-25 mm, distancia ano-vulvar/ 2,5-3,5 cm.

Tacto vaginal: pared vaginal anterior normal, indolora y flexible. Pared vaginal posterior normal. Test muscular nota 2 (Anexo), no prolapso y sensibilidad cutánea conservada.

Tacto rectal: esfínter hipotónico, canal anal deformado con fibrosis desde hora del reloj 12 hasta 3.

Se evaluó por el equipo de trabajo multidisciplinario formado por especialistas en coloproctología, cirugía, gastroenterología, neurofisiología y medicina física y rehabilitación, los resultados de los exámenes complementarios indicados fueron:

- 30 /11/2009 colonoscopia con biopsia: normal.
- 22/10 /2009 eco endoscopia rectal: normal.

Estudios neurofisiológicos del SP y manometría anorectal inicial (tablas 1 y 2), donde se evidencia hipotonía del canal anal con daño motor de ambos esfínteres y posible componente de fibrosis.

Tabla 1. Estudio neurofisiológico inicial y evolutivo.

	Inicial (9/09)	Evolutiva (9/10)
Reflejo clítoris-ano	Normal	Normal
EMG EEA	Hemiesfinter izquierdo: no signos de denervación, PUM polifásico, patrón de contracción máxima algo disminuido del tipo aislado nutrido	Igual
	Hemiesfinter derecho: actividad eléctrica hasta 1/3 posterior. En los 2/3 anteriores no posible penetrar la aguja eléctrica por área de fibrosis postcicatrizal donde no se puede obtener respuesta	Muy doloroso y signos aparentes de fibrosis al no penetrar la aguja eléctrica

Tabla 2. Manometría ano-rectal inicial y evolutiva.

Manometría	Inicial (9/10/2009)	Evolutiva (27/9/2010)
Descripción	Al arrastre del catéter se registra una zona de elevada presión entre 1-5 cm del borde del ano, lo que corresponde al canal anal funcional, muy asimétrico e hipotónico. La ZAP del EAI se encuentra a los 22 cm del borde del ano, siendo de valores de presión por debajo de lo normal. El RRAI se encuentra presente pero incompleto con sensibilidad rectal, algo retrasada y pobre contracción refleja del EAE. Al máximo esfuerzo voluntario, el EAE alcanza valores normales de presión	Al arrastre del catéter se registra un aumento de la presión basal de reposo entre 1-5 cm. del borde anal lo que corresponde al canal anal funcional que tiene tendencia a la hipotonía. La ZAP del EAI se encuentra a los 2 cm. del borde anal, con presiones medias basales normales. El RRIA esta presente pero es incompleto, con sensibilidad rectal normal y buena contracción rectal refleja del EAE. Al esfuerzo máximo voluntario el EAE alcanza valores de presión normal.
Conclusiones	Hipotonía del canal anal con daño motor de ambos esfínteres y posible componente de fibrosis.	Canal anal con daño motor del EAE. Se observa marcada mejoría con respecto a la MAR anterior.

Se concluyó como una incontinencia anal por fibrosis cicatrizal postquirúrgica y daño neurológico motor asociado. Se transfirió a la consulta de medicina física y rehabilitación especializada en tratamiento rehabilitador integral de las disfunciones del SP donde se confeccionó la historia clínica especializada correspondiente y se indicó el tratamiento rehabilitador que consistió en magnetoterapia local con solenoides colocados en región pélvica (50 Hz 50 % por 15 min), electroterapia estimulativa de la musculatura esfinteriana (corriente rectificadas bidireccionales con frecuencia entre 30-75 Hz, duración de impulso entre 170-300 ms, tiempo entre 5-20 min e intensidad tolerada por el paciente) con electrodos superficiales ubicados en región perianal e intracavitario rectal y ejercicios de SP, 5 días a la semana.

Dos meses después la paciente logró el control del esfínter anal sin dificultades, con nota muscular 4 en el examen físico evolutivo, dándole alta del tratamiento y seguimiento por consulta con reevaluación posterior. Un año después, no ha tenido dificultades, mantiene el control esfinteriano y se reincorporó a la actividad laboral.

Los estudios evolutivos neurofisiológicos y manométricos (tablas 1 y 2) evidenciaron que: en el estudio neurofisiológico no hubo cambios, mientras que se demostró mejoría en el estudio manométrico, que corroboró la mejoría clínica de la paciente.

En la actualidad, la paciente realiza sus actividades personales, familiares y sociales sin dificultad porque se logró la continencia y reinserción social.

DISCUSIÓN

En la paciente se aplicó un tratamiento combinado que incluyó magnetoterapia de baja frecuencia por sus efectos conocidos en la regeneración de tejidos, al posibilitar la curación completa de heridas por la presencia de receptores agonistas de A2A de adenosina, estimular los sistemas antioxidantes y modular los procesos inmunes e inflamatorios mediante los linfocitos, entre otras acciones, sobre órganos y sistemas⁵; la electroestimulación superficial e intracavitaria, biofeedback, método de aprendizaje donde la que la actividad fisiológica es monitorizada por una señal eléctrica, auditiva, presión u actividad que produce estímulo visual, auditivo o conductual y los ejercicios del SP: perineales, reentrenamiento sensitivo rectal y aprendizaje, para coordinar la contracción voluntaria del pubococcígeo y esfínter anal con el comienzo de la distensión rectal, al coincidir los autores con la opinión de otros investigadores que consideran que el tratamiento debe incluir intervención conductual, también complementados con consejos acerca del cuidado intestinal estándar, dieta y técnicas de evacuación.⁶

Como se conoce, las técnicas de rehabilitación ocasionan un incremento de la fuerza de contracción voluntaria máxima y una mejoría del umbral de percepción rectal, lo que conduce a resultados clínicos excelentes: curación del 50 % de los pacientes y mejoría del 75 %; asimismo el efecto del tratamiento se mantiene en el tiempo y no presenta ningún efecto secundario^{7,8}, corroborado en la paciente estudiada y tratada.

Al presente, la paciente se encuentra satisfecha con el tratamiento realizado, pues logró reincorporarse a su vida social y laboral, desempeñando su profesión sin dificultades.

Esta pauta de estudio y tratamiento se continúa en otros pacientes con iguales afecciones del SP y por los beneficios que aporta, se propone su comprobación en otros pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad

comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anido V. Estudio de la motilidad anorrectal en mujeres con incontinencia fecal. *Rev Habanera de Ciencia Médicas*. 2010;9(5):665-72.
2. Díaz Acosta D, Rodríguez Adams EM, Martínez Torres JC, García Delgado JÁ, Abreu Pérez Y, Martínez Perea R. La incontinencia fecal no es una situación irremediable. *Invest Medicoquir* 2012; 4(2):204-213.
3. Martínez Torres JC, Rodríguez Adams EM, García Delgado JA. Tratamiento rehabilitador integral de la disfunción del suelo pélvico. Madrid: Editorial Académica Española; 2012.
4. Rodríguez Adams EM. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Invest Medico Quirúrg*. 2012; 4 (1):244-59.
5. Martín Cordero JM. Agentes físicos terapéuticos. Cap. 32. Prescripción y combinaciones terapéuticas. La Habana: Ecimed, 2008.
6. Ron S, John C, Satish, R. Medical and surgical management of pelvic floor disorders affecting defecation. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107:1624–1633; doi:10.1038/ajg.2012.247.
7. Ragué JM. Trastornos del suelo pélvico. *Cir Esp*. 2005; 77(5):254-7.
8. Martínez JC, García JA, Rodríguez EM, Díaz D, Martínez R, Abreu Y, Noa M, Ros A, Casal MC. Eficacia de un programa de rehabilitación integral de disfunciones del suelo pélvico. *Rev Cubana Med Fis Rehab*. 2014; 6(2).

Recibido: 30 octubre 2016

Aceptado: 2 enero 2017

Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). Playa. La Habana, Cuba. Email: jacquemar@infomed.sld.cu; jmartinez@cimeq.sld.cu

Anexo.

Test muscular por tacto vaginal (Meintosh, *et al*)

- ___ 0. Ninguna contracción.
- ___ 1. Indicios de contracción menor de 2 s.
- ___ 2. Contracción débil, con o sin elevación posterior de los dedos 3 s.
- ___ 3. Contracción moderada, con o sin elevación posterior de los dedos, sostenida de 4-6 s, repetida 3 veces.
- ___ 4. Contracción fuerte, con elevación posterior de los dedos, sostenida de 7-9 s, repetida 4-5 veces.
- ___ 5. Fuerte contracción con elevación posterior de los dedos, sostenida 10 s, repetida 4-5 veces.