



Cirugía de la incontinencia anal del adulto

G. Meurette, P.-A. Lehur

La incontinencia anal puede definirse por la pérdida de control voluntario de la expulsión de las heces y de los gases. Se trata de una discapacidad grave cuyo tratamiento puede ser quirúrgico en algunos casos. El éxito de los tratamientos quirúrgicos se basa en una evaluación precisa de los síntomas y de las causas de la incontinencia anal. La exploración de la estática rectal, así como la ecografía endoanal (EEA) son indispensables para la identificación precisa de las causas de la incontinencia anal. Cuando se encuentra un trastorno de la estática, se puede proponer su corrección con un nivel de mejora significativo de la continencia. La esfinterorrafia directa con sutura en planos superpuestos se propone en las rupturas esfinterianas localizadas, en la mayoría de los casos de causa obstétrica. Constituye el tratamiento histórico propuesto y cuyos resultados se han descrito ampliamente en la literatura científica. Aunque el 70-80% de los pacientes logran en el postoperatorio una continencia satisfactoria después de este procedimiento, el beneficio parece transitorio, con un empeoramiento manifiesto de la continencia con el tiempo. Las plastias mucosas están indicadas en la incontinencia de origen sensitivo posthemorroidectomía (incontinencia anal pasiva). La neuroestimulación sacra proporciona una alternativa poco invasiva cuando fracasa la reparación esfinteriana, como complemento de este método o si no existe una lesión esfinteriana sistematizada. La graciloplastia dinámica es un método más invasivo, cuya morbilidad debe tenerse en cuenta en el balance beneficio/riesgos. El esfínter anal magnético proporciona una alternativa que actualmente está en fase de evaluación, pero con resultados prometedores. Constituye una alternativa de futuro en el tratamiento del refuerzo esfinteriano, pero se debe evaluar con un seguimiento prolongado. La colostomía es un método de último recurso y es eficaz para mejorar la comodidad de los pacientes. La discapacidad que causa la ostomía podría limitarse mediante las técnicas de irrigación cólica anterógrada. Por último, diversas técnicas innovadoras aún están en fase de evaluación y de desarrollo, dejando entrever nuevas opciones terapéuticas en los próximos años.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Incontinencia fecal; Esfinterorrafia; Neuroestimulación de las raíces sacras; Esfínter anal artificial; Graciloplastia dinamizada; Ostomía

Plan

<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción 2 ■ Continencia anal 2 <ul style="list-style-type: none"> Datos anatómicos y funcionales 2 Indicaciones terapéuticas actuales en la incontinencia anal del adulto 3 ■ Técnicas quirúrgicas en la incontinencia anal del adulto 3 ■ Corrección de un trastorno de la estática rectal: rectopexia al promontorio 3 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Refuerzo esfinteriano: rafias y sustitución esfinterianas 4 <ul style="list-style-type: none"> Procedimientos básicos 4 Técnicas de reparación esfinteriana anal 5 Neuroestimulación sacra 7 Técnicas de sustitución esfinteriana anal 9 Esfínter anal magnético (Fenix) 11 Ostomías digestivas 12 Técnicas innovadoras 13 Elección del mejor método 13 ■ Conclusión 13
---	---

■ Introducción

El tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal ha sido testigo de innovaciones importantes en los últimos 20 años. El objetivo de la cirugía es proporcionar al paciente no una función anorrectal normal, sino compatible con una calidad de vida cómoda. Varios estudios epidemiológicos recientes han demostrado que la prevalencia de la incontinencia anal era elevada y que se trataba de un verdadero problema de salud pública [1-3]. La cirugía es el único tratamiento adaptado a las formas graves de incontinencia anal que no responden de un modo satisfactorio a los tratamientos médicos. Su éxito se fundamenta en una selección rigurosa de los pacientes que se van a operar, basada en una evaluación de los mecanismos y las causas de la incontinencia anal, así como en la elección de una técnica quirúrgica apropiada [4]. Dos avances han transformado el tratamiento de los pacientes con incontinencia anal: desde el punto de vista diagnóstico, el desarrollo de unas pruebas de imagen fiables de los esfínteres anales, basadas en la ecografía endoanal (EEA) [5, 6], desde el punto de vista quirúrgico, aunque las intervenciones «clásicas» siguen de actualidad (p. ej., reparaciones esfinterianas, pero también ostomías de derivación), se han desarrollado otras que responden a situaciones para las que no se había ofrecido ninguna solución hasta el momento, como la corrección de los trastornos de la estática rectal, el esfínter anal magnético y la neuromodulación sacra [7-9]. Al mismo tiempo, ha aumentado la demanda por parte de los pacientes de un tratamiento eficaz de una discapacidad bien evaluada en la actualidad mediante el desarrollo de escalas que permiten cuantificar la importancia de los síntomas y su repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal refleja también la evolución actual y moderna de la cirugía que, además del objetivo constante de la eficacia, destaca el carácter mínimamente invasivo de los procedimientos y la innovación en el ámbito de los dispositivos médicos. Así, a la hora de escoger las intervenciones, los procedimientos eficaces, pero complejos y destructivos (como la graciloplastia dinamizada) se han sustituido por opciones menos agresivas (p. ej., la neuromodulación sacra). La evaluación de los resultados de estas técnicas quirúrgicas es un reto para el futuro de estos tratamientos, que aún están en fase de evaluación. Debe permitir aclarar la información que se proporciona al paciente, así como justificar las inversiones de los organismos pagadores cuando estas técnicas son caras (lo que suele suceder). La elección y la orientación de las prácticas permiten proponer de entrada una técnica eficaz en una situación dada. Por último, aunque ningún tratamiento puede pretender curar la incontinencia anal, la asociación de los métodos conservadores e intervencionistas suele proporcionar al paciente la mejor continencia.

■ Continencia anal

Datos anatómicos y funcionales

La continencia anal se define por la emisión voluntaria, controlada, periódica y selectiva de las distintas fases del contenido del recto (gas y heces sólidas o líquidas). En el mantenimiento de la continencia normal intervienen muchos factores. Sin embargo, el papel esencial corresponde al aparato muscular esfinteriano anal. El esfínter interno, liso, de origen visceral, es un anillo blanquecino de 3-4 cm de alto que se continúa con la capa muscular rectal, de la que constituye un engrosamiento de la parte terminal. Se encuentra en contracción tónica permanente, inconsciente, y garantiza el cierre automático del conducto anal en reposo. Produce la mayor parte de la presión de reposo que se registra en la manometría

anorrectal (MAR). Su abertura se obtiene durante la distensión rectal por la activación del reflejo rectoanal inhibidor. Se observa en la EEA como una capa concéntrica hipocógena, de menos de 4 mm de grosor. Su afectación se traduce de forma característica por una incontinencia anal pasiva, que se produce sin que el paciente sea consciente de ella. El esfínter externo es un conjunto muscular complejo de origen somático. Tiene la coloración rojiza de los músculos esqueléticos. Rodea de forma circular el esfínter interno y se refuerza en la parte alta por el haz puborrectal del músculo elevador del ano (banda de los elevadores), que rodea la unión anorrectal a modo de cabestrillo y la imprime su angulación particular. El esfínter externo sólo es responsable de una pequeña parte de la presión de reposo (alrededor del 20%), pero aumenta de forma refleja y voluntaria la presión anal cuando las presiones intraabdominal o intrarrectal se elevan (maniobra de Valsalva). Su actividad corresponde, en la MAR, a las contracciones voluntarias, cuyas presiones máximas y duración pueden determinarse. En la EEA, el esfínter externo corresponde a la capa de ecoestructura hiperecogena mixta, más gruesa, situada por fuera del esfínter interno. Debido a la oblicuidad de las fibras musculares, la capa hiperecogena sólo es circunferencial en sus porciones media y baja, y está abierta por delante en su tercio superior. La afectación del esfínter externo se manifiesta por una incontinencia anal de «urgencia» (defecación imperiosa), con la imposibilidad del paciente de impedir la defecación, aunque percibe su inminencia [7, 8].

Los fenómenos sensitivos también tienen un papel determinante en la continencia anal. La toma de consciencia del llenado del reservorio rectal depende de mecanorreceptores sensibles a la distensión, situados en la capa muscular rectal y en las paredes de la pelvis. La zona cutánea lisa del conducto anal tiene una sensibilidad muy elevada e interviene de forma esencial en la percepción y la discriminación del contenido digestivo. Se encarga de la discriminación heces-gas, que es muy importante para la continencia «fina». La pérdida de esta zona sensible se acompaña de incontinencia denominada sensitiva, que se produce aunque el aparato muscular puede ser anatómica y funcionalmente normal.

La innervación del aparato esfinteriano del conducto anal es compleja. En ella intervienen, por una parte, las vías sensitivas y motoras somáticas, procedentes de las raíces S3 y S4 y que discurren por las fibras del nervio pudiendo derecho e izquierdo y, por otra parte, las fibras de los nervios vegetativos procedentes del plexo hipogástrico inferior, que proporcionan una aferencia simpática originada en las cadenas laterovertebrales lumbares y sacra, así como parasimpática originada en los centros medulares sacros S2, S3 y S4, vehiculadas por los nervios erectores. Los centros superiores responsables del mantenimiento de la continencia aún se conocen sólo parcialmente. En la organización de la función defecatoria y la continencia, parece intervenir una regulación a varios niveles, con la sustancia reticulada del tronco del encéfalo, el centro talámico y las áreas de protección corticales somestésicas.

Por último, de forma más reciente, la posición del recto y los trastornos de la estática rectal se han identificado claramente como un elemento determinante de la continencia anal. De este modo, los trastornos de la estática del recto, como la procidencia rectal y el prolapso exteriorizado son factores implicados en la aparición de incontinencia. Existen varias razones para explicar esta función: la alteración de la percepción de las heces en la zona sensible del conducto anal por el vértice del segmento de invaginación de la procidencia, después la neuropatía por estiramiento que acompaña al prolapso y, por último, las dificultades de evacuación del recto, que suelen dejar heces presentes que solicitan al esfínter de forma continua y acaban causando fugas. Es importante tener en cuenta este último aspecto y, en la actualidad, es motivo de debate. La procidencia rectal puede formar

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725514>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725514>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)