

# Actualización en el tratamiento quirúrgico para la reparación esfinteriana en la incontinencia fecal, ¿cuándo hacerlo y por qué?

*Update on surgical treatment for sphincter repair in fecal incontinence. When to do it and why?*

de la Portilla de Juan F

Prof Titular Cirugía. Universidad de Sevilla. Jefe Sección Coloproctología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

La **esfinteroplastia** sigue siendo un paso necesario para restaurar el funcionalismo esfinteriano anal, en aquellos casos con daño del complejo esfinteriano. Con frecuencia el defecto muscular que ocasiona la hipotonía está acompañada de una deformidad del canal anal, por lo que se hace necesario independientemente de que necesite otra terapéutica adyuvante la restauración del canal anal anatómico.

Esta técnica fue descrita inicialmente por Parks y Mc Partlin en 1971. Los resultados publicados de la técnica eran al inicio del seguimiento buenos en el 60% de los casos. Sin embargo, estos buenos resultados se deterioraban claramente con el tiempo de seguimiento.

En un intento de **mejorar los resultados** quirúrgicos de la esfinteroplastia se han propuesto alguna variante de la técnica quirúrgica clásica. Wexner *et al.* publican en 1991 la separación del esfínter anal interno del externo durante la disección de los cabos musculares y posteriormente la realización una plicatura longitudinal en la línea media del esfínter anal interno asociado a la posterior esfinteroplastia solapante de los cabos del esfínter anal externo. Esta variante mejoraba significativamente los resultados manométricos en el postoperatorio además de presentar resultados excelentes o buenos en un 76% de los pacientes. Posteriormente, un estudio randomizado comparando ambas técnicas, ve una ligera mejoría en los resultados a los dos años de seguimiento en el grupo que se asociaba una plicatura del esfínter anal interno (éxito en el 68% vs. 63%) pero sin alcanzar la significación estadística.

Cuando la lesión esfinteriana a nivel anterior es muy severa, el cuerpo perineal anterior puede desaparecer casi completamente, quedando una mínima lámina de tejido residual a modo de tabique anovaginal. En estos casos severos, que conforman lo que denominamos una cloaca anovaginal, optamos tras la reconstrucción esfinteriana ya explicada, la realización de unos **colgajos cutáneos** en "X" o en "alas de mariposa", que se confeccionan al inicio de la

## CORRESPONDENCIA

Fernando de la Portilla de Juan  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
41013 Sevilla  
[delaportilla@ucpsevilla.es](mailto:delaportilla@ucpsevilla.es)

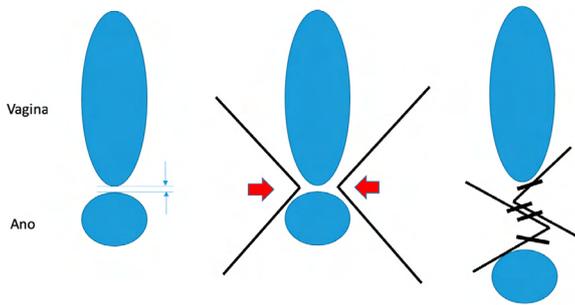
XREF

Fecha de recepción: 24/06/2021  
Fecha de aceptación: 30/06/2021

## CITA ESTE TRABAJO

de la Portilla de Juan F. Actualización en el tratamiento quirúrgico para la reparación esfinteriana en la incontinencia fecal, ¿cuándo hacerlo y por qué?. Cir Andal. 2021;32(3):403-04. DOI: 10.37351/2021323.11

intervención, y al finalizar la misma, se cruzan a nivel anterior para generar un nuevo cuerpo perineal.



**Figura 1**

Técnica plastia de Corman.

**Figura 2**

Plastia "Alas Mariposa" suturada.

Existen algunos factores pronósticos relacionados con la esfinteroplastia, a decir: un tamaño del defecto superior a 120°, existencia de neuropatía, edad del paciente mayor de 50 años. Reparación tardía del defecto o alteración evidente del funcionamiento del músculo puborrectal.