

Incontinencia fecal: ¿qué tengo que hacer en consulta?

Algoritmo terapéutico

Fecal incontinence: what should i do in consultation? Therapeutic algorithm

García Cabrera AM

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

La incontinencia fecal constituye una entidad clínica invalidante que afecta gravemente a la calidad de vida. Su prevalencia aumenta con la edad y con frecuencia asocia otras disfunciones defecatorias. La evaluación clínica y la exploración es determinante en estos pacientes y su valoración, cuando afecta a mujeres, debe realizarse de forma ideal en el contexto de equipos multidisciplinares con experiencia en suelo pélvico. Se recomienda un abordaje escalonado e individualizado, con opciones que abarcan desde tratamiento médico conservador y/o fisioterapia de suelo pélvico hasta tratamiento quirúrgico. En este trabajo se presenta de forma resumida y práctica el manejo integral de estos pacientes.

Palabras Clave: incontinencia fecal.

ABSTRACT

Fecal incontinence is a debilitating clinical condition that severely affects quality of life. Its prevalence increases with age and is often associated with other defecatory dysfunctions. Clinical evaluation and physical examination are crucial in these patients, and in women, assessment should ideally be carried out within multidisciplinary teams experienced in pelvic floor disorders. A stepwise and

individualized approach is recommended, with treatment options ranging from conservative medical management and/or pelvic floor physical therapy to surgical intervention. This article presents a concise and practical overview of the comprehensive management of these patients.

Keywords: fecal incontinence.

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Según los criterios diagnósticos Roma actualizados en 2016 (Roma IV), la incontinencia fecal se define como el paso no controlado de material fecal al menos dos veces durante un periodo de 4 semanas. Su origen en la mayoría de los casos es multifactorial pudiendo agruparlo en causas generales que a menudo se presentan de forma combinada: lesiones anatómicas esfinterianas, denervación muscular, enfermedades neurológicas y alteración en la distensibilidad rectal.

Aunque no existe una clasificación universalmente aceptada, de forma general distinguimos 3 subtipos de incontinencia que con cierta frecuencia se solapan: predominio de urgencia, pasiva o ensuciamiento (*soiling*).

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

El diagnóstico de la incontinencia fecal está basado en la historia clínica. La anamnesis debe ser dirigida, investigando las posibles

CORRESPONDENCIA

Ana María García Cabrera
Hospital Universitario Virgen del Rocío
41013 Sevilla
anam.gcabrera@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

García Cabrera AM. Incontinencia fecal: ¿qué tengo que hacer en consulta? Algoritmo terapéutico. Cir Andal. 2025;36(2):112-115. DOI: 10.37351/2025362.11

causas de incontinencia anteriormente descritas. Además, se debe descartar de forma razonable que la sintomatología sea debida a diarrea crónica o, por el contrario, a estreñimiento retentivo. Debe quedar recogida la medicación habitual del paciente, la cual en ocasiones predispone o agrava la incontinencia. Por otra parte, es imprescindible tener en cuenta los signos de alarma que nos obligan a excluir entidades como el cáncer colorrectal o la enfermedad inflamatoria intestinal. Las pacientes que presenten asociación con prolapso genital y/o incontinencia urinaria deben ser valoradas preferentemente por Uro-Ginecología en el ámbito de un Comité de Suelo Pélvico.

La inspección y la exploración anorrectal se considera imprescindible para una correcta orientación clínica. En ella prestaremos especial atención a la presencia de cicatrices, deformidades y el reflejo anal. Mediante el tacto rectal se pueden intuir defectos esfinterianos, establecer el tono en reposo y contracción, así como descartar la presencia de fecalomas o masas.

En la valoración de estos pacientes debemos incluir al menos una escala de gravedad, el diario defecatorio y un cuestionario de calidad de vida. Los más utilizados son el score Wexner y el FIQL (*Fecal Incontinence Quality of Life*) el cual evalúa cuatro dimensiones de salud: estilo de vida, conducta, depresión/autoestima y vergüenza.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Según la opinión de expertos, la solicitud de pruebas complementarias debe realizarse en pacientes que consideremos adecuados para estrategias de manejo más avanzadas.

Los dos estudios fundamentales en el estudio de la incontinencia anal están representados por la ecografía anal y la manometría anorrectal. La ecografía anal proporciona información sobre la integridad anatómica de los esfínteres, permitiendo diferenciar y medir el grado de afectación de estos. La manometría objetiva las presiones del complejo esfinteriano, tanto en reposo como en contracción y establece el umbral sensitivo en ocasiones alterado en estos pacientes.

TRATAMIENTO

Existe consenso en que el tratamiento de la incontinencia fecal debe realizarse de una manera progresiva y escalonada, incluyendo medidas de forma sucesiva que, de forma general, se irán añadiendo a las previamente tomadas.

1. Tratamiento médico y soporte

El primer abordaje en estos pacientes debe incluir recomendaciones sobre estilo de vida, hábitos defecatorios y modificaciones dietéticas. Es aconsejable mantener peso adecuado, dejar de fumar y realizar ejercicio físico. Al igual que en pacientes con disfunción urinaria, está contemplada la educación del hábito intestinal manteniendo horarios regulares como medida complementaria. No se debe olvidar un adecuado cuidado de la piel con cremas barrera.

En cuanto a la ingesta, de forma general se recomienda evitar el uso de excesivo de verduras y frutas, así como zumos y otras bebidas azucaradas. En cambio, son aconsejables el arroz, las carnes magras y la pasta blanca. De forma empírica, se pueden sustituirse los lácteos por bebidas vegetales.

Las principales guías clínicas incluyen como primera línea el tratamiento farmacológico. Los agentes aumentadores de volumen como Psyllium y Metilcelulosa pueden ser prescritos en pacientes con consistencia de predominio líquido de las heces, así como el uso de antidiarreicos (Loperamida y Colestiramina). Deben introducirse de forma paulatina y mantener la mínima dosis efectiva. En caso de estreñimiento retentivo, están indicados el uso de Microenemas, supositorios de glicerina o irrigaciones del recto con agua.

Para pérdidas de pequeña cantidad, el uso de obturadores ha mostrado beneficio si hay una adecuada tolerancia. En este primer escalón de tratamiento se incluyen ejercicios de suelo pélvico (ejercicios de Kegel), basados en la contracción mantenida de la musculatura perineal en series repetidas.

En pacientes en los que estas medidas conservadoras no consiguen una mejoría sintomática aceptable, debemos considerar procedimientos adicionales.

2. Biofeedback

Esta terapia, también conocida como biorretroalimentación, consiste en la utilización de refuerzo visual y verbal para la identificación de la propia musculatura y corregir maniobras en tiempo real. Su objetivo es aumentar el tono de la musculatura del suelo pélvico y mejorar la respuesta sensitiva disminuyendo la urgencia. Es fundamental la disponibilidad, motivación y cumplimiento por parte del paciente.

3. Neuromodulación del nervio tibial posterior

La neuromodulación percutánea o transcutánea del nervio tibial posterior es una terapia poco invasiva aprobada inicialmente para el tratamiento del síndrome de vejiga hiperactiva. La localización retromaleolar de este nervio, el cual contiene axones provenientes de las raíces nerviosas L4-S3, permite realizar una estimulación aferente retrógrada sobre la región anorrectal. Se aplica en sesiones de duración y periodicidad que varían según los protocolos considerados.

4. Irrigación transanal

La irrigación transanal está basada en la evacuación de las heces mediante la introducción de una cantidad suficiente de agua a través del ano para vaciar el colon y el recto hasta la programación del siguiente episodio. Su principal ventaja es que ofrece al paciente control sobre el momento y el lugar de la defecación.

5. Tratamiento quirúrgico

5.1 Agentes aumentadores de volumen

La inyección de sustancias o prótesis en la región submucosa o en el espacio interesfinteriano utiliza para aumentar la presión de reposo del canal anal y permitir su cierre efectivo. La eficacia descrita es variable y temporal y su disponibilidad generalmente limitada.

5.2 Esfinteroplastia

La esfinteroplastia es la reparación quirúrgica de los extremos de un esfínter que presenta una disrupción. Aunque no existe consenso en sus indicaciones, de forma general se recomienda en defectos estructurales recientes y menores a 120°.

5.3 Neuromodulación de las raíces sacras

La neuromodulación de raíces sacras se realiza mediante la introducción percutánea de un electrodo a través de los forámenes sacros (S3 o S4), el cual va inicialmente conectado a un dispositivo portátil generador de corriente. La valoración de la respuesta tras un periodo de estimulación transitoria permite seleccionar a los pacientes para su implantación definitiva. Aunque inicialmente solo se consideraba en complejo esfintérico indemne o reparado, hoy día sus indicaciones están en expansión.

5.4 Colostomía

En pacientes con incontinencia severa que no han respondido a otros tratamientos hay que valorar la realización de un estoma para mejorar la calidad de vida.

ALGORITMO

Como resumen del manejo de pacientes con incontinencia fecal, se propone el siguiente algoritmo diagnóstico y terapéutico (Figura 1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Menees S, Chey WD. Fecal Incontinence: Pathogenesis, Diagnosis, and Updated Treatment Strategies. *Gastroenterol Clin North Am.* 2022 Mar;51(1):71-91. doi: 10.1016/j.gtc.2021.10.005. Epub 2022 Jan 7. PMID: 35135666.
2. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology.* 2006 Apr;130(5):1510-8. doi: 10.1053/j.gastro.2005.11.064. PMID: 16678564.
3. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993 Jan;36(1):77-97. doi: 10.1007/BF02050307. PMID: 8416784.
4. Assmann SL, Keszthelyi D, Kleijnen J, Anastasiou F, Bradshaw E, Brannigan AE, Carrington EV, Chiarioni G, Ebben LDA, Gladman MA, Maeda Y, Melenhorst J, Milito G, Muris JWM, Orhalmi J, Pohl D, Tillotson Y, Rydningen M, Svagzdys S, Vaizey CJ, Breukink SO. Guideline for the diagnosis and treatment of Faecal Incontinence-A UEG/ESCP/ESNM/ESPCG collaboration. *United European Gastroenterol J.* 2022 Apr;10(3):251-286. doi: 10.1002/ueg2.12213. Epub 2022 Mar 18. Erratum in: *United European Gastroenterol J.* 2022 Jul;10(6):606-607. doi: 10.1002/ueg2.12258. PMID: 35303758; PMCID: PMC9004250.

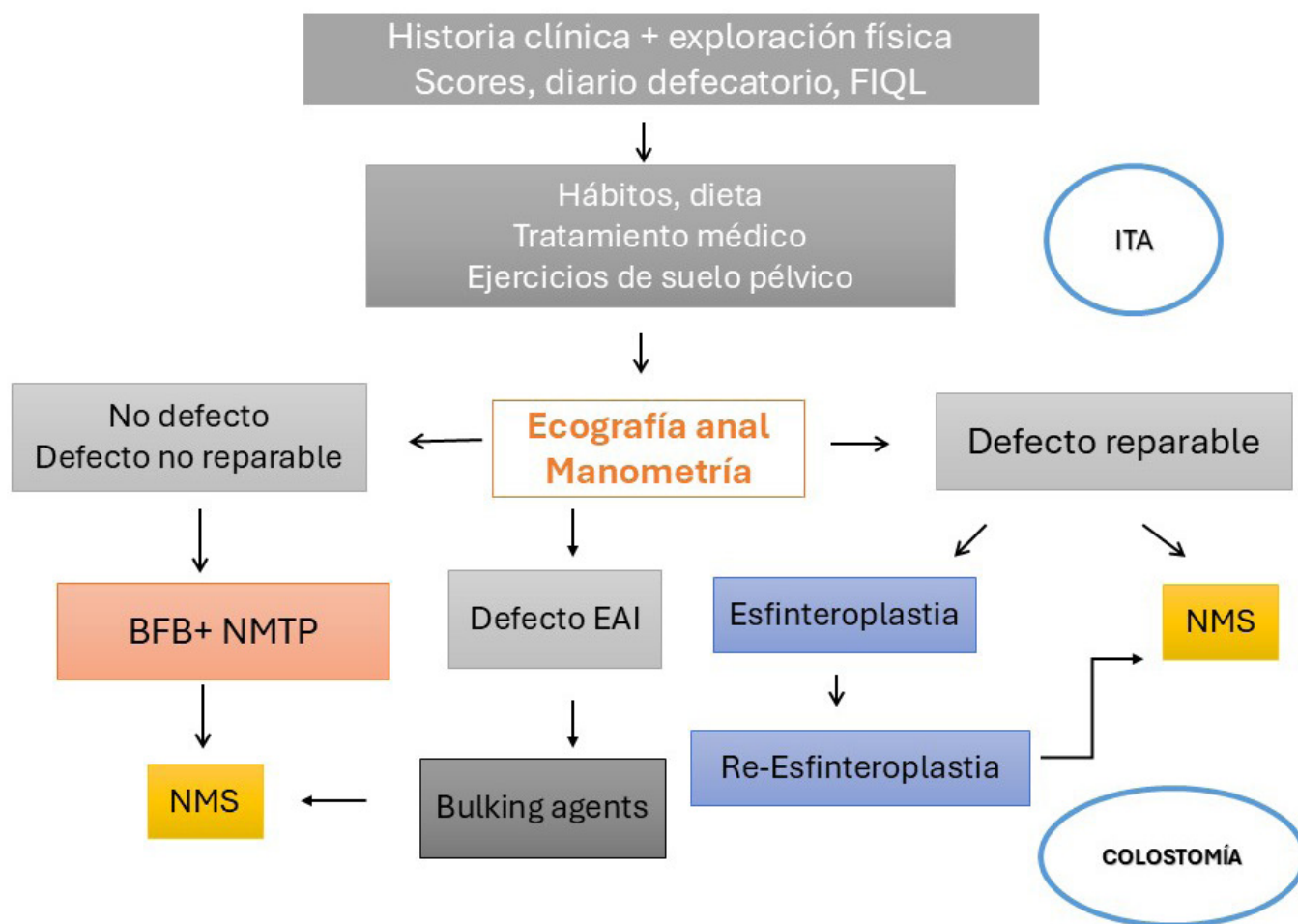


Figura 1

Algoritmo diagnóstico y terapéutico.

5. Desprez C, Bridoux V, Leroi AM. Disorders of anorectal motility: Functional defecation disorders and fecal incontinence. *J Visc Surg.* 2022 Mar;159(1S):S40-S50. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2021.12.004. Epub 2022 Feb 2. PMID: 35123906.
6. Rockwood TH. Incontinence severity and QOL scales for fecal incontinence. *Gastroenterology.* 2004 Jan;126(1 Suppl 1):S106-13. doi: 10.1053/j.gastro.2003.10.057. PMID: 14978646.
7. Cerdán Miguel J, Arroyo Sebastián A, Codina Cazador A, de la Portilla de Juan F, de Miguel Velasco M, de San Ildefonso Pereira A, Jiménez Escovar F, Marinello F, Millán Scheiding M, Muñoz Duyos A, Ortega López M, Roig Vila JV, Salgado Mijaiel G. Baiona's Consensus Statement for Fecal Incontinence. Spanish Association of Coloproctology. *Cir Esp (Engl Ed).* 2024 Mar;102(3):158-173. doi: 10.1016/j.cireng.2023.07.008. Epub 2024 Jan 17. PMID: 38242231.
8. Dexter E, Walshaw J, Wynn H, Dimashki S, Leo A, Lindsey I, Yiasemidou M. Faecal incontinence-a comprehensive review. *Front Surg.* 2024 Feb 1;11:1340720. doi: 10.3389/fsurg.2024.1340720. PMID: 38362459; PMCID: PMC10867159.
9. Narayanan SP, Bharucha AE. A Practical Guide to Biofeedback Therapy for Pelvic Floor Disorders. *Curr Gastroenterol Rep.* 2019 Apr 23;21(5):21. doi: 10.1007/s11894-019-0688-3. PMID: 31016468.