

Mesa Redonda. Incontinencia anal.

Primera consulta. ¿Qué valoro? ¿Qué pruebas diagnósticas son de utilidad?

First consultation. What do I assess? Which diagnostic tests are useful?

García Cabrera AM

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

La incontinencia fecal (IF) es un síntoma frecuente y con importante impacto en la calidad de vida, a menudo infradiagnosticado por barreras socioculturales. Su etiología multifactorial exige un enfoque clínico estructurado. Este artículo revisa los criterios diagnósticos actuales, su prevalencia, los subtipos clínicos y el proceso diagnóstico en la consulta, destacando la importancia de la anamnesis dirigida, la exploración física y el uso de escalas validadas, así como la indicación racional de pruebas complementarias.

Palabras clave: incontinencia fecal, diagnóstico, manometría anorrectal, ecografía anal, calidad de vida, diarrea crónica

CORRESPONDENCIA

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

XREF

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

La incontinencia fecal (IF) se define como la pérdida involuntaria de contenido fecal en individuos mayores de 4 años. Los criterios diagnósticos Roma IV establecen la presencia de al menos dos episodios mensuales durante un periodo mínimo de tres meses, con inicio de los síntomas seis meses antes de la consulta. En el ámbito clínico, se acepta la pérdida no controlada de heces al menos dos veces en cuatro semanas como criterio diagnóstico operativo.

Se estima una prevalencia cercana al 15% en la población general, alcanzando cifras del 50–70% en pacientes institucionalizados. Aunque se asocia con mayor frecuencia a mujeres, diversos estudios sugieren que la incidencia real podría ser similar entre ambos sexos, con una mayor predisposición femenina a comunicar los síntomas. Hasta un 10% de los pacientes con IF también presentan incontinencia urinaria concomitante. A pesar de la carga social, emocional y económica que supone, su detección se ve limitada por la falta de consulta espontánea por parte de los pacientes, lo cual puede ser mejorado con cribados dirigidos desde Atención Primaria.

CITA ESTE TRABAJO

García Cabrera AM. Primera consulta. ¿Qué valoro? ¿Qué pruebas diagnósticas son de utilidad? Cir Andal. 2025;36(3):315-317. DOI: 10.37351/2025363.11

Su etiología es multifactorial, incluyendo alteraciones anatómicas de los esfínteres, denervación muscular, enfermedades neurológicas y cambios en la distensibilidad y sensibilidad rectal. Estos factores pueden coexistir, lo cual dificulta su abordaje. Clínicamente pueden distinguirse tres subtipos principales que a menudo se solapan:

- **IF de urgencia:** el paciente percibe el deseo, pero no llega a tiempo al baño.
- **IF pasiva:** pérdida sin percepción del deseo defecatorio.
- **Soiling:** ensuciamiento o manchado, a menudo postdefecación.

VALORACIÓN INICIAL

Anamnesis

Debe ser dirigida, incluyendo antecedentes gineco-obstétricos, quirúrgicos y neurológicos, hábitos intestinales, dieta, uso de laxantes, y tratamientos que puedan influir en la función intestinal. Es esencial diferenciar la IF de la diarrea funcional o del estreñimiento con impactación fecal.

Debe evaluarse también la existencia de síntomas de alarma como rectorragia, pérdida ponderal, o dolor persistente. En pacientes con síntomas urinarios o prolapso genital, se recomienda una evaluación multidisciplinar en unidades de suelo pélvico.

Exploración física

La inspección perianal permite identificar cicatrices, fisuras, prolapso o dermatitis. El tacto rectal evalúa el tono en reposo y en contracción, la presencia de fecalomas o masas, y permite realizar pruebas simples como la maniobra de Valsalva o la tos para valorar la integridad del reflejo anocutáneo.

Herramientas de evaluación clínica

Es recomendable cuantificar la gravedad de la IF y su impacto en la calidad de vida mediante herramientas validadas. Las más utilizadas en la práctica clínica son:

- **Score Wexner (Cleveland Clinic Score):** mide la frecuencia de episodios, necesidad de protección y grado de impacto. El resultado varía en un rango de 0 a 20, considerándose la puntuación 9 como punto de corte en la afectación en la calidad de vida.
- **Cuestionario FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life):** evalúa calidad de vida en cuatro dimensiones: estilo de vida, comportamiento, autoestima y vergüenza.
- **Diario defecatorio:** permite registrar la frecuencia de incontinencia, urgencia, tipo de deposiciones y uso de medicación durante varias semanas.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Aquellos pacientes que no responden a primera línea de tratamiento y consideremos adecuados para estrategias de manejo más avanzadas deben ser estudiados mediante pruebas complementarias. Las más utilizadas son:

• **Ecografía anal:** Es una exploración bien tolerada que aporta información sobre la integridad del complejo esfinteriano, simetría y longitud del canal anal, facilitando la medición del cuerpo perineal. Se considera imprescindible en nuestro medio si se está considerando un tratamiento quirúrgico.

• **Manometría anorrectal:** Permite la evaluación del tono esfinteriano basal y en contracción así como del umbral sensitivo (mínima sensación y urgencia). Determina la presencia del reflejo rectoanal inhibitorio y sus resultados pueden ser considerados predictores de la respuesta al biofeedback.

En casos seleccionados como la sospecha de atrofia esfinteriana se valorará la solicitud de resonancia magnética. Si existe prolapso de órganos pélvicos asociado, es conveniente su estudio mediante resonancia dinámica o defecografía. En la actualidad pruebas como la latencia de pudendos está en desuso por su escasa correlación clínica.

CONCLUSIONES

La incontinencia fecal es una entidad clínica prevalente y de gran impacto social, cuyo abordaje debe iniciarse con una historia clínica exhaustiva y una exploración física minuciosa. La utilización de escalas objetivas y pruebas funcionales permite una correcta clasificación y guía terapéutica. El papel del médico en la detección activa de esta patología es clave para mejorar el pronóstico funcional y emocional de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams, P et al. "Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence." *Neurourology and urodynamics* vol. 29,1 (2010): 213-40. doi:10.1002/nau.20870
2. Rao, Satish Sc et al. "Functional Anorectal Disorders." *Gastroenterology*, S0016-5085(16)00175X10.1053/j.gastro.2016.02.009.25Mar.2016,doi:10.1053/j.gastro.2016.02.009
3. Ribas Y, Coll M, Espina A, Jiménez C, Chicote M, Torné M, Modolell I. Initiative to improve detection of faecal incontinence in primary care: The GIFT Project. *Fam Pract.* 2017 Apr 1;34(2):175-179. doi: 10.1093/fampra/cmz004. PMID: 28201584.

4. 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.
5. Sbeit, Wisam et al. "Diagnostic approach to faecal incontinence: What test and when to perform?." *World journal of gastroenterology* vol. 27,15 (2021): 1553-1562. doi:10.3748/wjg.v27.i15.1553
6. Liptak P, Duricek M, Banovcin P. Diagnostic tools for fecal incontinence: Scoring systems are the crucial first step. *World J Gastroenterol* 2024; 30(6): 516-522
7. Minguez, Miguel et al. "Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence quality of life scale." *Diseases of the colon and rectum* vol. 49,4 (2006): 490-9. doi:10.1007/s10350-006-0514-5
8. Starck, M et al. "Results of endosonographic imaging of the anal sphincter 2-7 days after primary repair of third- or fourth-degree obstetric sphincter tears." *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* vol. 22,6 (2003): 609-15. doi:10.1002/uog.920
9. Carrington, Emma V et al. "The international anorectal physiology working group (IAPWG) recommendations: Standardized testing protocol and the London classification for disorders of anorectal function." *Neurogastroenterology and motility* vol. 32,1 (2020): e13679. doi:10.1111/nmo.13679