

Mesa Redonda. Incontinencia anal.

Tratamiento Conservador en la Incontinencia Anal

Conservative Treatment for Anal Incontinence

Ramiro Sánchez ÁJ

Hospital Universitario de Jaén. Jaén.

Tradicionalmente la incontinencia anal ha sido un tema poco atractivo para los profesionales sanitarios, no prestando la adecuada relevancia que sus consecuencias generan en los pacientes que la padecen como la limitación de su vida personal, laboral, familiar y social.

El tratamiento conservador de la incontinencia anal es fundamental como primera línea del manejo terapéutico ya que puede mejorar significativamente la calidad de vida y evitar intervenciones invasivas en una gran proporción a estos pacientes.

El pilar fundamental del tratamiento conservador inicial lo constituye la fibra, debiendo distinguirse para su prescripción si se trata de una incontinencia fecal asociada a heces líquidas o no. En caso afirmativo la suplementación dietética con Psyllium, presente en

el *Plantago ovata*, a dosis inicial de 5 gramos/ día por semana hasta un tope máximo de 16 g/d. sería lo indicado. El mecanismo de acción principal es conseguir la gelificación de las heces, lo que facilita su contención. En cuanto a fibra alimenticia presente en la dieta, debe recomendarse la ingesta de fruta madura sin piel ni semillas, al igual que verdura sin piel ni hojas. En estos pacientes la ingesta hídrica debe limitarse en la medida de lo posible para aumentar la consistencia de las heces.

Para los casos en los que la incontinencia se asocia a casos de tránsito lento, impactación fecal y diarrea por rebosamiento, se recomienda tanto la suplementación con Psyllium a dosis de 10 gramos /día al menos 4 semanas, como en la dieta con fibra insoluble presente en la fruta con cáscara y semillas, verduras completas, los cereales integrales o sus cáscaras como el salvado de trigo. La ingesta hídrica en estos casos debe aumentarse para intentar disminuir la consistencia de las heces y favorecer su expulsión. La fibra ayuda a normalizar el tránsito intestinal y reducir los episodios de incontinencia fecal por rebosamiento.

CORRESPONDENCIA

Ángel José Ramiro Sánchez
Hospital Universitario de Jaén
23007 Almería
ajramiro@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Ramiro Sánchez ÁJ. Tratamiento Conservador en la Incontinencia Anal. Cir Andal. 2025;36(3):318-320. DOI: 10.37351/2025363.12

Hay que tener en cuenta que en pacientes con disfunción esfinteriana, el aumento del volumen fecal por la fibra, puede dificultar la contención en ambos casos por lo que hay que ajustar individualmente la dosis.

El tratamiento conservador basado en la suplementación dietética con fibra debe de mantenerse al menos entre 4/8 semanas, como prueba terapéutica inicial, en ambos tipos de pacientes. En este periodo se evalúa la respuesta del paciente y si hay cambio en la frecuencia y gravedad de los episodios de incontinencia fecal. En caso de buena respuesta para el control de síntomas y si el paciente lo tolera correctamente, este tratamiento puede mantenerse de manera indefinida. La única indicación de suspensión sería la distensión abdominal importante, el dolor, o el empeoramiento de la incontinencia fecal.

Conjuntamente a la ingesta de fibra hay que intentar que el paciente instaure una rutina defecatoria diaria para poder realizar la mayor descarga de material fecal rectal en un ambiente bajo su control. Se busca generar un mayor tiempo de autonomía y disminuir la posibilidad de aparición de un episodio indeseado de incontinencia posterior.

Como segundo escalón, dentro del tratamiento inicial, encontraríamos el tratamiento farmacológico que complementaría a la ingesta de fibra anteriormente mencionada. Entre los fármacos más recomendados tenemos los antidiarreicos (loperamida) o los laxantes en caso de impactación fecal (lactulosa). La dosis es variable y puede ir variando en función de la sintomatología, de 2 a 16 mg en el caso de la loperamida y de 10-30 ml hasta los 60 ml/ día para la lactulosa.

El segundo nivel de tratamiento conservador lo constituyen: los Ejercicios de Rehabilitación del suelo pélvico, el Biofeedback y la Electroestimulación perineal.

Los ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico pueden ser recomendados por el cirujano en la consulta inicial, intentando transmitir al paciente la idea de mantener una contracción esfintérica y glútea a la vez que intenta relajar la musculatura abdominal, con la finalidad de lograr disminuir la fatiga precoz, conseguir una hipertrofia muscular esfintérica y disminuir el número de episodios de incontinencia.

El pilar fundamental de este segundo nivel de tratamiento debe ser el Biofeedback, similar a los ejercicios de rehabilitación de suelo, pero haciendo consciente al paciente mediante tecnología, cuando los realiza de manera correcta en tiempo y forma. Aporta los mejores resultados en cuanto a recuperación de la contención, sobre todo en pacientes jóvenes que presentan un tono esfintérico basal, pudiendo alcanzar una mejoría en la continencia de hasta en un 76% de pacientes como mencionan algunas series de trabajos publicados.

La electroestimulación perineal de la musculatura esfinteriana y puborrectal mejora la aferencia sensitiva y motora y genera hipertrofia muscular. Ayuda por si sola o asociada a Biofeedback, donde consigue los mejores resultados, a disminuir los episodios de incontinencia fecal.

Otra alternativa de segundo escalón terapéutico la constituye la Irrigación Anal, fundamentalmente indicada en pacientes con incontinencia anal por alteración de la compliance rectal o alteraciones neurológicas implicadas en la defecación. Constituye el tratamiento de elección en los casos de incontinencia fecal asociados a síndrome de resección de recto severo.

Por último, también dispondríamos de Dispositivos de Obturación anal y vaginal, que no se deben de recomendar de inicio de manera sistemática, puesto que, sólo contienen y no corrigen, las posibles causas de incontinencia. Su uso puede ayudar puntualmente en algunos casos seleccionados.

La evidencia científica existente nos muestra que la suma de tratamientos conservadores, anteriormente descritos, proporciona mejores resultados que un tratamiento individual aislado.

Las principales guías de manejo de la incontinencia fecal recomiendan el inicio precoz de tratamiento conservador, ya que es seguro, tiene bajo costo y un bajo riesgo de ocasionar efectos adversos. Éste debe ser optimizado al máximo antes de considerarse otras opciones de tratamiento más invasivas.

Existen nuevas terapias en desarrollo, pendientes aún de una evidencia científica sólida, que auguran la ampliación del arsenal terapéutico actual.

El conocimiento del arsenal terapéutico disponible actualmente por parte de los profesionales sanitarios genera una atención de calidad y fomenta un alivio sintomático en estos pacientes. La implicación de atención primaria o cirujanos generales en el conocimiento y aplicación del tratamiento conservador de primer escalón, en la primera consulta, serviría para no retrasar su inicio hasta que los pacientes lleguen a una consulta de atención especializada específica, con el consiguiente alivio para una gran parte de éstos en momentos iniciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menees SB, Lembo A, Charabaty A. Fecal incontinence and diarrhea during pregnancy. *Am J Gastroenterol.* 2022 Oct 1;117(10 Suppl):26-32. doi:10.14309/ajg.0000000000001964.
2. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, Zutshi M. ACG clinical guidelines: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol.* 2021 Oct 1;116(10):1987-2008. doi:10.14309/ajg.0000000000001507. PMID:34618700.
3. Bliss DZ, Savik K, Jung HJ, Whitebird R, Lowry A, Sheng X. Dietary fiber supplementation for fecal incontinence: a randomized clinical trial. *Res Nurs Health.* 2014;37(4):367-78. doi:10.1002/nur.21616. PMID:25155992.
4. Graven-Nielsen CS, Knoph CS, Okdahl T, Høyer KL, Krogh K, Hellström PM, Drewes AM. Opioids in the treatment of chronic idiopathic diarrhea in humans: a systematic review and treatment guideline. *J Clin Med.* 2023 Mar 24;12(7):2488. doi:10.3390/jcm12072488.

5. Norton C, Cody JD. Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Jul 11;(7):CD002111. doi:10.1002/14651858.CD002111.pub3.
6. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, Hay-Smith EJ. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 May 6;5(5):CD007471. doi:10.1002/14651858.CD007471.pub4.
7. Vonthein R, Heimerl T, Schwandner T, Ziegler A. Electrical stimulation and biofeedback for the treatment of fecal incontinence: a systematic review. *Int J Colorectal Dis.* 2013 Nov;28(11):1567-77. doi:10.1007/s00384-013-1739-0.
8. Ryoo SB. Low anterior resection syndrome. *Ann Gastroenterol Surg.* 2023 May 23;7(5):719-24. doi:10.1002/ags3.12695.
9. Bordeianou LG, Thorsen AJ, Keller DS, Hawkins AT, Messick C, Oliveira L, Feingold DL, Lightner AL, Paquette IM. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2015;58(7):623-36. doi:10.1097/DCR.0000000000000397.
10. Cerdán J, Arroyo A, Codina A, de la Portilla F, de Miguel M, de San Ildefonso A, Jiménez F, Marinello F, Millán M, Muñoz A, Ortega M, Roig JV, Salgado G. Consenso "Baiona" sobre incontinencia fecal AECP 2022. *Cir Esp.* 2022;100(10):634-42. doi:10.1016/j.ciresp.2022.05.001.