



# Manometría anorrectal en mujeres incontinentes de la tercera edad, sin causa conocida

Vivianne Anido Escobar,\*  
Zunilda Díaz Drake,\*\*  
Rolando Martínez López,\*  
Oswaldo Díaz Canel Fdez,\*  
Jorge García Menocal,\*  
Elsy García Jordá\*

\* Esp. en Gastroenterología.

\*\* Licenciada en Enfermería.

Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, La Habana, Cuba.

Dirección para correspondencia:  
Vivianne Anido Escobar  
Calle F Núm. 158 Apto 4,  
entre Calzada y 9 Vedado  
La Habana Cuba, C.P. 10400.  
El Caribe

Este artículo puede ser consultado en  
versión completa en  
<http://www.medigraphic.com/coloproctologia>

## Resumen

La incontinencia fecal que aparece en las mujeres en edad media o geriátrica es una condición que las discapacita y aísla socialmente. En ocasiones es posible identificar la causa de la misma, como una cirugía del canal anal reciente, pero en la mayoría de las pacientes no existe una causa inmediata que la relacione. En estos casos es más difícil elegir la conducta terapéutica. La manometría anorrectal permite conocer las características del canal anal y el suelo pélvico, y ofrece los elementos para valorar la elección del tratamiento. En este trabajo se estudia un grupo de mujeres incontinentes, mayores de 60 años y sin causa conocida de la enfermedad. El canal anal resultó hipotónico, con daño motor de ambos esfínteres y también un grupo importante presentó daño sensitivo.

**Palabras clave:** Incontinencia fecal, mujeres, manometría anorrectal.

## Abstract

*Faecal incontinence in women which appears in older age, its a condition that disabled and socially isolated. It is sometimes possible to identify the cause of it, as a recent surgery of the anal canal, but in most patients there is no immediate cause that relates. In these cases it is more difficult to choose the therapeutic management. Anorectal manometry allows to know the characteristics of the anal canal and pelvic floor, and offers elements for assessing the choice of treatment. In this paper we study a group of incontinent women, aged 60 years and no known cause of the disease. The anal canal was hypotonic, with motility damage both sphincters and also an important group sub-mitted sensory damage.*

**Key words:** *Fecal incontinence, female, anorectal manometry.*

## INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal se define como la imposibilidad de retardar voluntariamente el paso del contenido intestinal a través del ano, hasta el momento en el que pueda efectuarse la evacuación. Las pérdidas pueden variar, desde el simple manchado de la ropa interior, hasta la evacuación completa del recto. No representa un marcador de gravedad de cuadros como la diarrea, sino la alteración de los mecanismos de continencia.<sup>1</sup>

La verdadera incidencia de la enfermedad sólo se conoce a través de encuestas, donde hasta el 7% de la población general presenta algún tipo de pérdida de materia fecal con un 0.7% de incontinencia grave.<sup>2</sup> Sin embargo, sólo la mitad de las personas con incontinencia fecal consultan por este síntoma y sólo una de cada seis tienen síntomas leves, por lo cual se trata de una patología infradiagnosticada.

En la población de mayores de 50 años la prevalencia aumenta hasta un 15% en las mujeres, pero siguen siendo tasas subestimadas.<sup>3</sup>

Se han descrito cinco factores de riesgo asociados con el desarrollo de incontinencia: historia de incontinencia urinaria, enfermedad neurológica, movilidad reducida, daño cognitivo y edad mayor de 70 años.<sup>1</sup>

En el caso de la mujer resultan además relevantes los antecedentes de trauma obstétrico, los traumas quirúrgicos, y en un grupo importante, no se logra identificar la causa, que se debe probablemente a la denervación de la musculatura del suelo pélvico por daño en los nervios pudendos y sacros a consecuencia de partos vaginales y anismo.<sup>4-7</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudian todas las mujeres enviadas por incontinencia fecal al Laboratorio de Motilidad del Centro Nacional

de Cirugía de Mínimo Acceso en La Habana, entre los meses de marzo y agosto de 2009. Se incluyen en este estudio las mujeres mayores de 60 años, con incontinencia fecal, sin causa inmediata conocida.

Se excluyen pacientes que refieren eventos quirúrgicos en un periodo menor de un año, diagnóstico de procesos anarcoproliferativos de recto o genitourinario, radioterapia pélvica, prolapso rectal o proscidencia de la mucosa del recto.

El grupo de estudio se conforma por 28 mujeres, con edades entre 60 y 79 años de edad.

Se registra edad de estas pacientes, endocrinopatías, cirugías del aparato genitourinario y de recto realizadas más de un año antes de la aparición de los síntomas, número de embarazos, número de partos naturales, historia de partos distócicos, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de incontinencia urinaria, incontinencia fecal pasiva y de urgencia.

Las manometrías anorrectales se realizan en el Laboratorio de Motilidad, con el Programa Polygram.Net. Se registraron la presión basal de esfínter anal externo (EAE), del esfínter anal interno (EAI), la presencia de reflejo recto anal inhibitorio del EAI, si es normal o no, presencia de sensibilidad rectal, reflejo de contracción del EAE y presión alcanzada en el esfuerzo máximo voluntario del EAE.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La media de edad en las mujeres estudiadas fue de 75.5 años, lo que corresponde con los grupos de edad en que aparece con mayor frecuencia la enfermedad; pero la mayoría de estas pacientes tenían un promedio de 2.78 años padeciendo de incontinencia, sin estudio o tratamiento adecuado (*Cuadro I*). Solamente 6 de ellas (21.4%), llevaban menos de un año padeciendo de esta situación.

Más de un 80% presentaba antecedentes de endocrinopatías o alguna cirugía ginecológica o recto-urinaria (*Figura 1*). La diabetes mellitus puede provocar un descenso en la presión de reposo del esfínter anal interno, o diarrea secundaria a neuropatía autonómica, que puede contribuir a la aparición de la incontinencia fecal. Sin embargo, en pacientes diabéticas, con hipo-

tonía del esfínter, pero con sensibilidad rectal conservada, así como la conservación de los reflejos, es menos probable que la incontinencia sea secundaria a la endocrinopatía, y la diabetes no ser más que una asociación, ya que no se observan otros elementos que mantengan el diagnóstico de neuropatía.

También el 25% tenían antecedentes de partos distócicos, lo que pone en relevancia la sensibilidad del suelo pélvico a procesos quirúrgicos en cualquiera de los tres compartimentos. Los daños a este nivel no se ponen en evidencia de inmediato, sino con la acumulación de estos factores, sobre todo después de los cambios hormonales de la menopausia. La incontinencia fecal puede presentarse muchos años después del parto, causada por el daño del esfínter, los partos instrumentales, trabajos de parto prolongados, tamaño aumentado del feto y presentación occitoposterior del mismo. Estudios prospectivos han demostrado que cerca de 35% de las primíparas tenían evidencia de daño del esfínter seguido a un parto vaginal.<sup>7-9</sup>

Muchos autores consideran que la episiotomía no reduce la severidad del daño en el canal esfinteriano o el riesgo a desarrollar incontinencia fecal, sino que al contrario, lo aumenta, si se realiza en la línea media.<sup>10,11</sup> La histerectomía es también un factor de riesgo, sobre todo si se asocia con ooforectomía.<sup>12</sup> El mecanismo es desconocido, no parece ser debido a la pérdida de estrógenos, ya que no se han encontrado diferencias entre grupos con ooforectomía asociada y otros sin ésta.

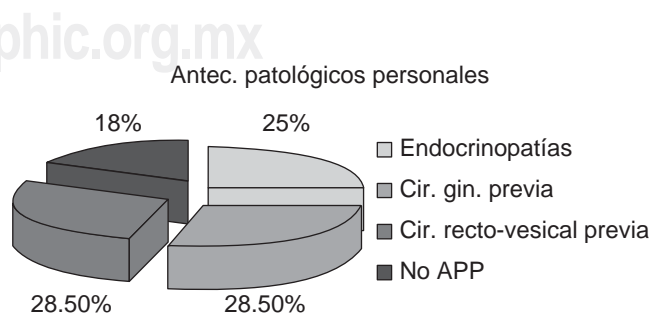
La hemorroidectomía es un factor importante. En una serie de casos, la mioectomía asociada al proceder con frecuencia podía mostrar hasta un 25% de mujeres con incontinencia fecal postoperatoria.<sup>13</sup>

Desde el punto de vista clínico existe una ligera prevalencia de la incontinencia fecal pasiva, sobre la incontinencia de urgencia con una importante asociación con la incontinencia urinaria (*Figura 2*). La incontinencia fecal espontánea o pasiva se presenta generalmente cuando está dañado el esfínter anal interno, y en los prolapso rectales.<sup>14</sup> Mientras que la incontinencia de

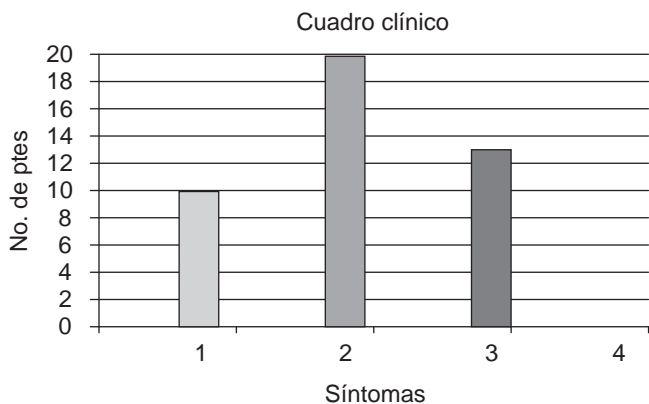
**Cuadro I.** Relación con la maternidad.

Media de hijos por mujer	Antec. de partos distócicos
2.5	8 (25.8%)

CNCMA, La Habana, Cuba. 2009.



**Figura 1.** Distribución de los antecedentes patológicos personales. CNCMA, La Habana, Cuba. 2009.



1. Incontinencia urinaria
2. Incontinencia fecal pasiva
3. Incontinencia fecal de urgencia

**Figura 2.** Cuadro clínico presente. CNCMA, La Habana, Cuba. 2009.

**Cuadro II.** Estado de las estructuras del canal anal.

Media de la presión basal del EAE	28.87 mmHg
Media de la presión basal del EAI	32.9 mmHg
Reflejo recto anal inhibitorio patológico	5 (17.8%)
Sensibilidad rectal patológica	12 (42.8%)
Reflejo contracción del EAE patológico	9 (32.1%)
Media de la presión del esfuerzo máx. voluntario del EAE	79.23 mmHg

CNCMA, La Habana, Cuba. 2009.

urgencia o al esfuerzo, se relaciona con lesiones del EAE y alteraciones de la distensibilidad rectal.<sup>15</sup>

Se registró un descenso importante de la presión basal del esfínter anal externo y del interno, con mayor afectación del primero, aunque la diferencia no es significativa entre los dos (*Cuadro II*). Aunque el daño aislado de cada esfínter está en correspondencia con el tipo de incontinencia que presenta el paciente, lo más común es que ambos esfínteres estén dañados, y la presencia de incontinencia de urgencia o al esfuerzo se relacione en gran medida con el estado en que se encuentran el resto de los músculos del suelo pélvico.<sup>1</sup>

No se encontró relación entre la afectación del reflejo recto anal inhibitorio con la presencia de endocrinopatías, pero se relacionó con la afectación de la sensibilidad rectal. Llama la atención la mayor prevalencia de afectación de la sensibilidad rectal en pacientes con valores más altos de presión en el canal anal, lo que podría explicar que este grupo de pacientes presentara incontinencia. La conservación de la sensibilidad rectal es un elemento de gran importancia a la hora de valorar

la conducta terapéutica, ya que su mejor conservación es un buen factor pronóstico para obtener buenos resultados en el Biofeedback, cualquiera que sea el método que se use para éste. Cuando la sensibilidad rectal está afectada, lo más probable es que la fisioterapia tenga pobres resultados y se pueda valorar con mayor fuerza la cirugía.

El reflejo de contracción del esfínter anal externo resultó más afectado en aquellas pacientes con más bajos valores de presión en el esfínter anal externo, correspondiendo a un mayor daño de esta estructura. La ausencia de este reflejo se observa con frecuencia en pacientes incontinentes.<sup>16</sup>

El esfuerzo máximo voluntario del esfínter anal externo, que registra el trabajo conjunto del suelo pélvico, resultó normal en este grupo de pacientes, pero con fatiga rápida en más del 70%, lo que explica la presencia de incontinencia de urgencia en más del 25% de las pacientes estudiadas. Algunos estudios han demostrado que las presiones anales en reposo disminuyen con el envejecimiento, pero que las presiones de contracción no disminuyen con la edad en mujeres asintomáticas.<sup>17</sup> Pero también se ha demostrado que en todos los grupos de edad la presión de contracción es significativamente menor en mujeres que en hombres, con una disminución aparentemente rápida después de la menopausia.<sup>18</sup> El hecho de que se hayan aislado receptores estrogénicos en el músculo estriado del esfínter anal, permite considerar que la fuerza de la musculatura del suelo pélvico, puede estar bajo la influencia de algunas hormonas.<sup>19</sup>

**CONCLUSIONES**

Fue significativo que este grupo de pacientes tuvieran una media de más de 2 años padeciendo la enfermedad, sin buscar ayuda profesional, lo que llama la atención sobre el *Problema social que es la incontinencia en la mujer*, que la discapacita y la aísla. La labor de diagnóstico y pesquisaje de la enfermedad debe orientarse hacia el área de salud, preferentemente mediante el método de encuestas, que ha demostrado ser adecuado a nivel internacional. Estas pacientes hay que ir a buscarlas, no esperar a que acudan a un especialista.

Los antecedentes de cirugía genitourinaria o rectal, del tipo que sea, son importantes y a tener en cuenta al buscar la enfermedad, sobre todo si la paciente ya presentó su menopausia. No necesariamente tienen que haber sido iatrogénicos estos procedimientos, su asociación a los cambios hormonales de la mujer son elementos importantes para desarrollar la enfermedad.

Se deterioran por igual los esfínteres anal externo e interno, aunque la mejor conservación del tono muscular del suelo pélvico, dado por el esfuerzo máximo vo-

luntario del esfínter anal externo, ayuda a que sea menor la incontinencia al esfuerzo.

Cuando se registran daños sensitivos puede aparecer la incontinencia, aunque el propio daño motor de ambos esfínteres no sea tan importante. También la aparición del daño sensitivo pronostica una pobre evolución en el Biofeedback.

En nuestras pacientes con incontinencia fecal, todas tuvieron hipotonía del canal anal, con afectación de ambos esfínteres.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. García AMO, Díaz-Rubio ER, Díaz-Rubio M. Trastornos funcionales anales. En: Díaz-Rubio M, Rey. *Trastornos motores del aparato digestivo*. Ed. Médica Panamericana, 2007: 257.
2. Drossman DA. U.S. householders survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
3. Roberts RO. Prevalence of combined fecal and urinary incontinence: a community-based study. *J Am Geriatric Soc* 1999; 57: 837-41.
4. Bharucha AE. Risk factors for fecal incontinence: a population-based study in women. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1305-12.
5. Kamm MA. Faecal incontinence. *BMJ* 2003; 327: 1300.
6. Brisinda G. A comparison of injections of botulinum toxin and topical nitroglycerin ointment for the treatment of chronic anal fissure. *N Engl J Med* 1999; 344: 65-9.
7. Kamm MA. Obstetric damage and faecal incontinence. *Lancet* 1994; 344: 730-33.
8. Sultan AH, Kamm MA et al. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *Br Med J* 1994; 308: 887-91.
9. Sultan AH, Kamm MA et al. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905-11
10. Signorello LB, Harlow BL et al. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *Br Med J* 2000; 320: 86-90.
11. Hartman K, Viswanathan M et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005; 293: 2141-48.
12. Goode PS, Burgio KL, Halli AD et al. Prevalence and correlates of fecal incontinence in community dwelling older adults. *J Am Geriatric Soc* 2005; 56: 629-35.
13. Nyam M, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1306-10.
14. Engel AF. Relationship of symptoms in faecal incontinence to specific sphincter abnormalities. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 142-5.
15. Hill J. History and examination in the assessment of patients with idiopathic fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 473-7.
16. Buser WD, MP Jr. Delayed rectal sensation with fecal incontinence. Successful treatment using anorectal manometry. *Gastroenterology* 1986; 91: 1186-91.
17. Fox JC, Rath-Harvey D et al. Anal sphincter pressure and rectal compliance decline with aging in asymptomatic women. *Gastroenterology* 2002; 122: A-69.
18. Haadem K, Dahlstrom JA, Ling L. Anal sphincter competence in healthy women: clinical implications of age and other factors. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 823-7.
19. Haadem K, Ling L, Ferno M, Graffner H. Estrogen receptors in the external sphincter muscle. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 609-10.