



Jazmín Guadalupe Ruiz García

Dr. Romeo Molina Román

PASIÓN POR EDUCAR

Clínica quirúrgica

Incontinencia fecal

5 "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de diciembre de 2024.

INCONTINENCIA FECAL

La incontinencia fecal es la salida incontrolada y recurrente de la materia fecal durante al menos 1 mes en un individuo con una edad de desarrollo de mas de 4 años. Se ha estimado que afecta el 2% y 5% de los adultos no internados en instituciones.

Algunos de los síntomas de las causas comunes:

1. Diarrea: La diarrea crónica o recurrente puede debilitar los músculos del esfínter anal, lo que lleva a la incontinencia fecal.
2. Estreñimiento: Por otro lado, el estreñimiento también puede contribuir a la incontinencia fecal. La acumulación de heces duras puede ejercer presión sobre los músculos anales y dañar los nervios que controlan la función intestinal.
3. Daños musculares o nerviosos: El envejecimiento, el parto y otras situaciones pueden causar daños en los músculos o nervios del área anal, lo que resulta en una pérdida de control sobre las heces.
4. Trauma obstétrico: El trauma obstétrico, es decir, las lesiones sufridas durante el parto, es una de las principales causas de incontinencia fecal en mujeres.

Los síntomas son: Urgencia repentina de defecar: Algunas personas experimentan una necesidad urgente de ir al baño, lo que puede resultar en episodios de incontinencia por urgencia. Falta de conciencia de la necesidad de defecar: En otros casos, las personas pueden no ser conscientes de que necesitan ir al baño, lo que resulta en incontinencia pasiva. Diarrea: La presencia de diarrea frecuente puede contribuir a la incontinencia fecal, ya que dificulta el control de las deposiciones. Estreñimiento: Por otro lado, el estreñimiento también puede ser un síntoma asociado con la incontinencia fecal, ya que puede debilitar los músculos del esfínter anal. Meteorismo: Algunas personas que sufren de incontinencia fecal también pueden experimentar gases e hinchazón, lo que agrava la situación.

La magnitud de la incontinencia puede definirse mediante una anamnesis simple: la incontinencia mayor es la pérdida completa de heces sólidas y la incontinencia menor es la filtración o tinción ocasional. La filtración de moco debido a prolapso de las hemorroides o a un gran pólipo vellosa secretor, la urgencia causada por colitis o proctitis, y la incontinencia por rebosamiento debido a la impactación fecal pueden confundirse erróneamente con la incontinencia verdadera. La gravedad de la incontinencia debe

establecerse evaluando el control del flato y las heces líquidas y sólidas, y por el impacto de los síntomas en la calidad de vida del paciente.

Para confirmar los hallazgos de la exploración física puede ser necesario el uso de pruebas de diagnóstico dirigidas. La manometría anorrectal confirma el grado de deterioro de los esfínteres interno y externo, y permite identificar la asimetría, que indica defectos anatómicos que pueden repararse. La prueba de expulsión del balón durante la manometría puede demostrar alteraciones de la sensibilidad rectal. La ecografía endoanal o la RM también pueden utilizarse para detectar defectos estructurales de los esfínteres anales, la pared rectal y el músculo puborrecta.

El tratamiento médico es la opción inicial para los pacientes con incontinencia leve que no afecta significativamente a la calidad de vida y que no tienen una anomalía anatómica reparable. El tratamiento quirúrgico para los pacientes con síntomas intratables o en los que han fracasado otras medidas terapéuticas, la colostomía sigue siendo una cura definitiva. Para los defectos anatómicos definidos, el enfoque quirúrgico más frecuente es la esfinteroplastia.

Referencia bibliográfica

Sabiston : Tratado de Cirugía : Fundamentos Biológicos de la Práctica Quirúrgica Moderna

Townsend, Courtney M., Jr., author. 20th ed.; 2018