

Treatment of fecal incontinence with a comprehensive bowel management program

Bischoff A, Levitt MA, Bauer C, Jackson L, Holder M, Peña A

J Pediatr Surg 2009; 44: 1278-84

Es un trabajo muy importante dirigido a pediatras, gastroenterólogos pediatras y cirujanos pediatras. El Prof. Dr. Alberto Peña y colaboradores integran el Centro de Cirugía Colorrectal del Hospital de Niños de Cincinnati, uno de los centros que tiene más experiencia en el mundo sobre esta temática.

La incontinencia fecal es un problema devastador que afecta al 25% de los niños que nacen con malformaciones anorrectales y algunos pacientes que fueron sometidos a operaciones por enfermedad de Hirschsprung, tumores pélvicos, espina bífida, agenesia sacra y traumatismos pelvianos severos.

Estos pacientes, en general, son discriminados por la sociedad y no tienen una vida activa y productiva.

El manejo del intestino es un tratamiento artificial para mantener limpios a los pacientes con incontinencia fecal. Consiste en los hallazgos por prueba y error del tipo de enema (ingredientes, concentración y volumen) que limpian el colon en un tiempo básico de 24 horas hasta que reciben el nuevo enema y de esa manera se mantienen limpios sin ensuciar la ropa interior.

El clínico debe ser capaz de diferenciar entre verdadera incontinencia fecal y pseudoincontinencia

Los pacientes con verdadera incontinencia son aquellos que pierden la habilidad de tener movimientos intestinales voluntarios, sea porque nacieron con una malformación con un mal pronóstico; fístula en el cuello vesical, cloaca con canal común mayor de 3 cm, enormes teratomas sacrococcígeos, médula amarrada, agenesia del sacro o aquellos que por operaciones previas perdieron la integridad del canal anal, enfermedad de Hirschsprung.

Los pacientes con pseudoincontinencia son aquellos que nacieron con malformaciones anorrectales con un buen pronóstico funcional habiendo sido sometidos a una operación correcta y tienen una severa constipación mal tratada y se comportan como si tuvieran incontinencia fecal; sin embargo cuando son desimpactados y han recibido una dosis correcta de laxantes para vaciar el colon tienen movimientos voluntarios del colon y se mantienen limpios.

Los autores revisaron las historias clínicas de 294 pacientes. Los dividieron en dos grupos: a) pacientes con tendencia a la constipación y colon dilatado en el enema contrastado con Hipaque; 220 pacientes; b) pacientes con tendencia a diarrea, colon no dilatado con el enema contrastado, 74 pacientes.

Realiza tratamiento con enemas durante una semana con radiografía de abdomen diarias.

Los ingredientes del enema son: suero salino al 0.9%, glicerina, jabón líquido y fosfato. Las cantidades dependerán del tipo de constipación y de la edad del enfermo. Se agregan medicamentos, loperamida, pectina etc. en aquellos con tendencia a la diarrea. El manejo intestinal se considera efectivo cuando la ropa interior del enfermo está totalmente limpia por 24 horas.

Este tratamiento fue exitoso en el 95% de los enfermos. El seguimiento fue de 6 meses a 3 años. El tratamiento comenzó en un rango de 3 años a 31 años de edad. El resultado fue mejor en pacientes con tendencia a constipación, 98%, que en aquellos con tendencia a la diarrea, 84%.

Para obtener mejores resultados los autores recomiendan que el programa de manejo intestinal comience cuando los niños empiezan a ser continentes, es decir entre los 3 y los 5 años de edad.

Se ve claramente que los pacientes con colon corto o hiperactivo representan un problema serio para el manejo intestinal donde los resultados son menos exitosos.

Enfatizan que en los pacientes con malformaciones anorrectales el cirujano debe preservar la mayor cantidad de colon, sobre todo en aquellos que tienen mal pronóstico funcional. La preservación de colon permite una mayor absorción de agua y mayor probabilidad de formar materias sólidas. Adicionalmente el tránsito más lento del colon es vital para el éxito del manejo intestinal.

Es fundamental diferenciar aquellos pacientes con constipación y aquellos con tendencia a la diarrea debido a que su manejo es diferente, como lo hemos visto anteriormente.

Últimamente se han dejado de utilizar enemas con fosfatos por las colitis que éstos provocan, sólo se utilizan como último tratamiento. Usa suero fisiológico y no preparado con agua y sal porque estos últimos pueden provocar hipernatremia.

Un grupo interesante de pacientes son aquéllos portadores de colostomía que fue considerada permanente. Los padres piden una reevaluación. Muchos tenían malformaciones anorrectales con pronóstico pobre, otros colon corto, en los cuales no se puede realizar reconstrucción o redescenso. Se implementa entonces un manejo intestinal por enemas a través de la colostomía. Si es exitoso se debe implementar un redescenso o reconstrucción del tránsito intestinal. Algunos de estos pacientes tienen un manejo exitoso por su colostomía mantie-

nen la bolsa limpia y no quieren reoperarse. Esto representa una mejoría en su calidad de vida y les permite realizar deportes.

Las operaciones que realizan enemas anterógrados sólo deberán realizarse en aquellos enfermos en que el manejo intestinal ha sido exitoso.

En conclusión: cree que la llave del éxito en el manejo intestinal reside en el tipo de enema, la medicación y la dieta de acuerdo a la tendencia a la constipación o a la diarrea. El mejor camino para determinar la limpieza intestinal es la radiografía de abdomen. Los pacientes que tienen colostomía de por vida pueden ser adecuadamente evaluados por la posibilidad de un redescenso o reconstrucción del tránsito intestinal después del programa de tratamiento por su colostomía.

Dr. Oscar Chavarría

CON EL INTENTO DE AGILITAR Y MEJORAR LOS TIEMPOS DE PUBLICACIÓN
DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES Y CASOS CLÍNICOS
**LOS ÁRBITROS REALIZARÁN HASTA DOS CORRECCIONES Y EL PLAZO DE ENTREGA A
LOS AUTORES Y SU DEVOLUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES COMO MÁXIMO**
