

INCONTINENCIA ANAL POST PARTO

XVIII CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA 2017

DR. MARVIN EDUARDO BOLAINES BENAVIDES.
UROGINECOLOGO.



OBJETIVOS

- Describir parte de la incidencia de esta patologia
- Conocer algunos de los conceptos basicos.
- Cuales son unas de las principales causas.
- Como realizar un diagnostico adecuado.
- Verificar el tratamiento adecuado.



INCONTINENCIA ANAL

- Prevalencia: 0.5 al 11%
- Incontinencia a líquidos 2 a 3 veces más frecuente que la incontinencia a materia fecal sólida.
- Incontinencia a gases es 2 a 3 veces más frecuente que la combinación de líquidos y gases.
- Se presenta en procesos infecciosos urinarios.

- Incontinencia fecal tiene un impacto social y económico significativo y perjudica significativamente la calidad de vida.
- Incontinencia fecal puede contribuir a la pérdida de la capacidad de vivir de forma independiente.



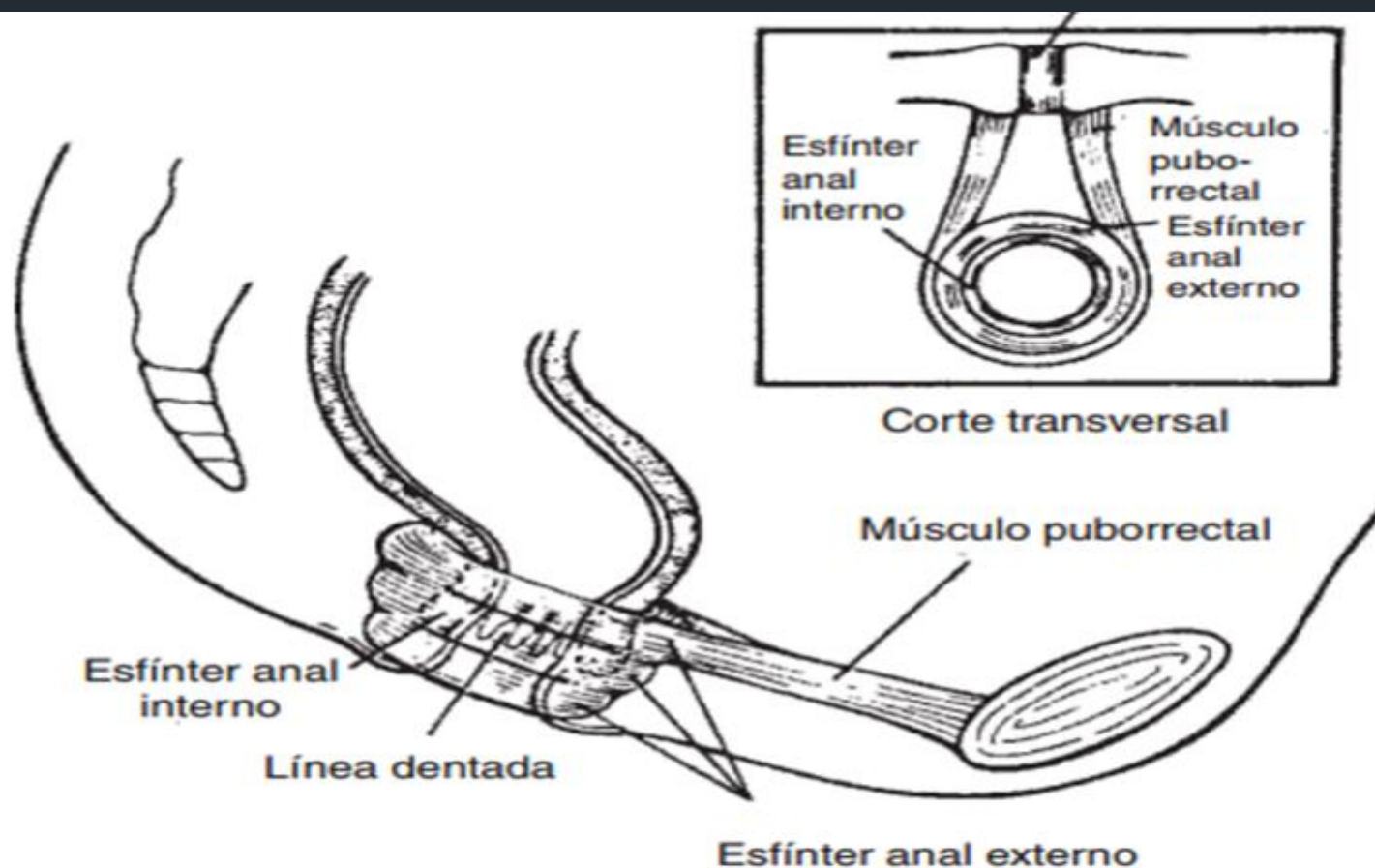
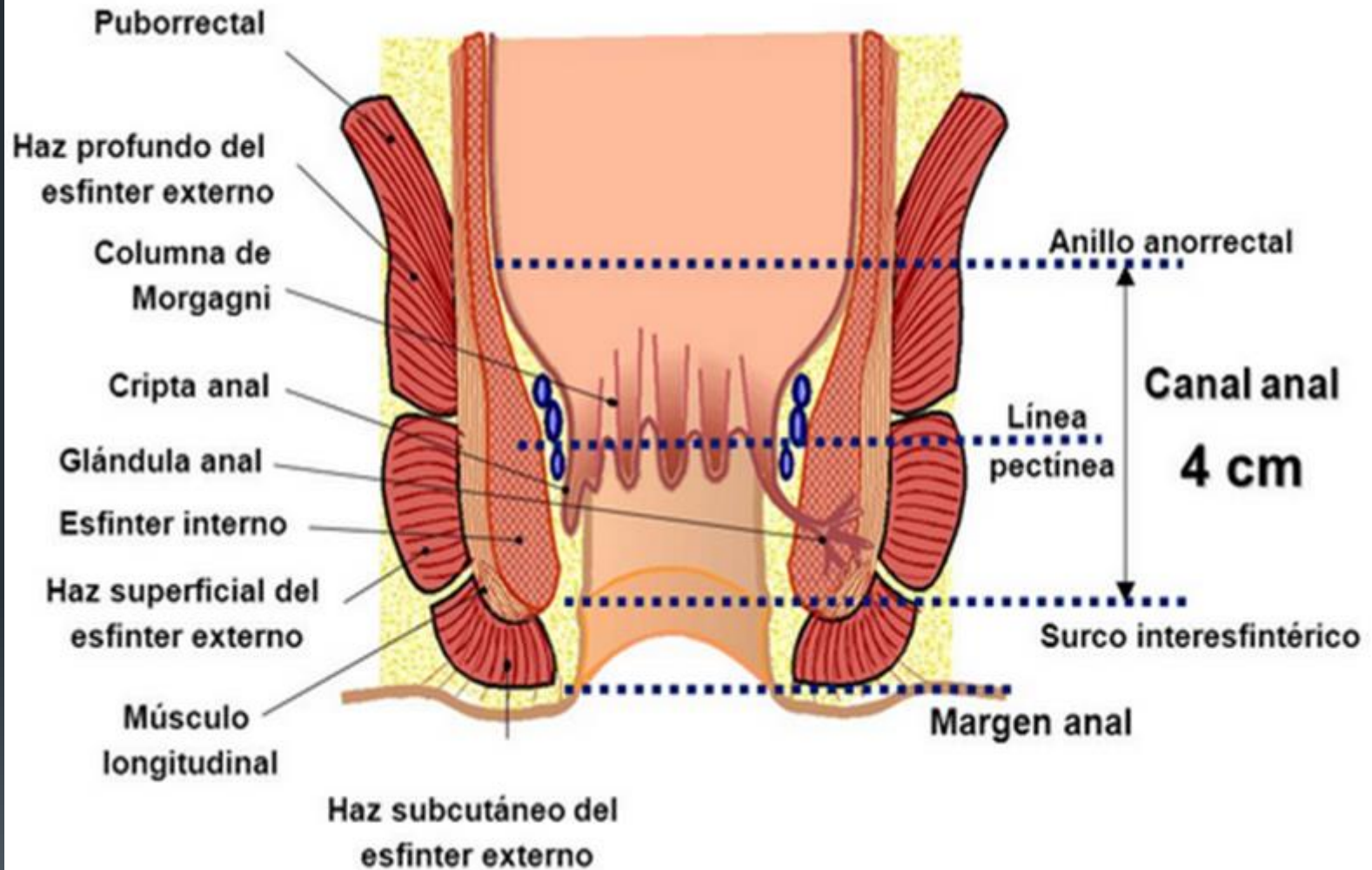


Figura 2-11 ■ Diagrama del recto, el conducto anal y los músculos circundantes. El músculo puborrectal forma un «cabestrillo» posteriormente alrededor de la unión anorrectal. El esfínter anal externo (músculo esquelético) rodea el conducto anal y se relaciona íntimamente con el músculo puborrectal. El músculo del esfínter anal interno (músculo liso) se ubica dentro del anillo del músculo del esfínter externo y es una continuación de la capa circular interna del músculo liso de la pared rectal. (De Madoff RD, Williams JG, Caushaj PF. *N Engl J Med* 1992;326:1003, con autorización.)



Símfisis
del pubis

Recto

Cóccix

M. puborrectal

Pared del
conducto anal

A

Vejiga

M. pubovesical

M. rectovesical

M. esfínter de la uretra

B

M. transverso
profundo del periné

Recto

M. pubococcígeo

M. puborrectal



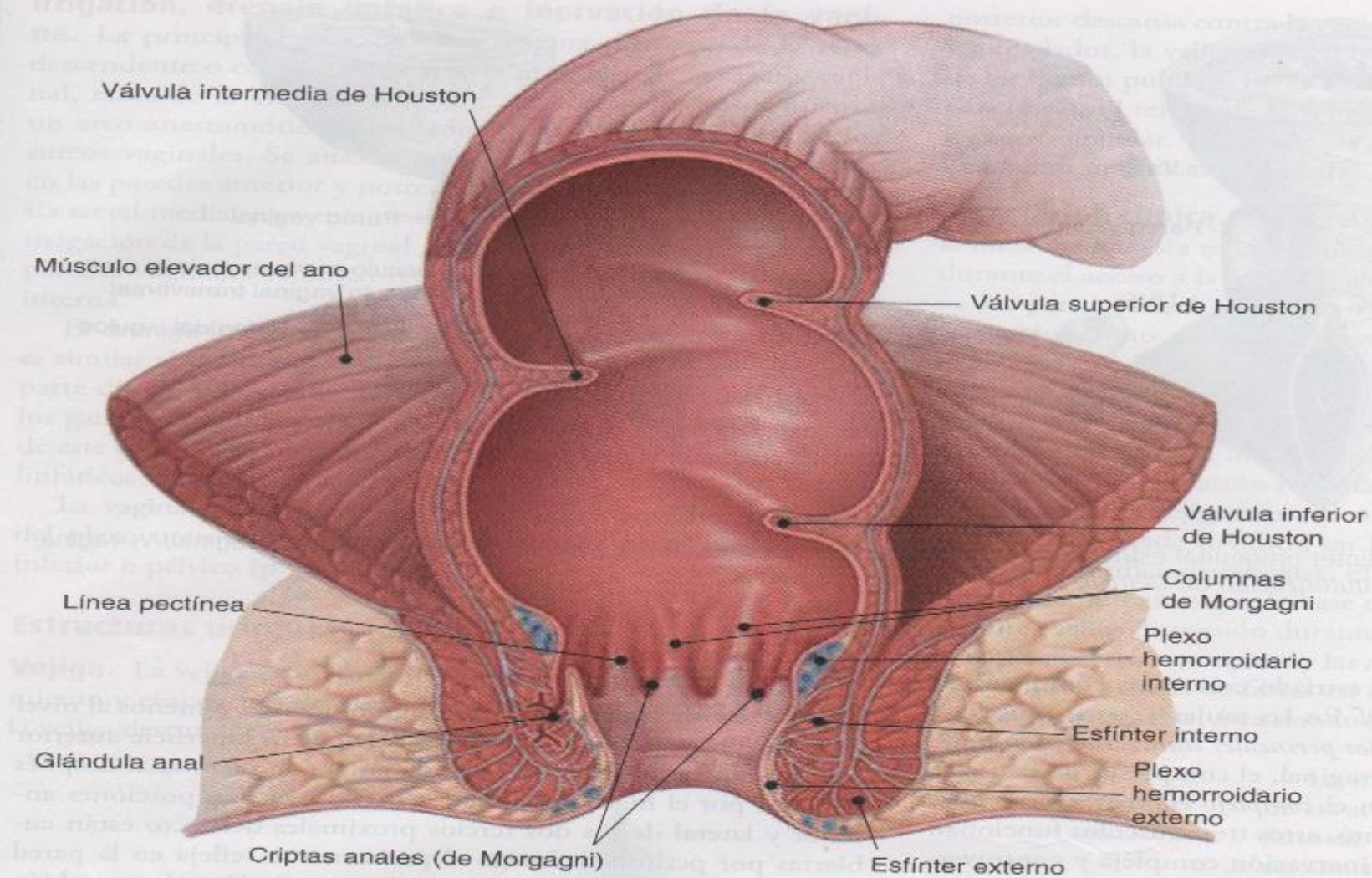


FIGURA 38-21. Anatomía rectal. (Tomada con autorización de Pfenninger, 2001.)

FISIOLOGIA

- La defecacion es un proceso complejo que: involucra entre la funcion y sensacion anal, consistencia y volumen de las heces, transito colonico y alerta mental.
- Recto (volumen).
- Esfinter anal interno (tono).

- 
- Esfinter anal externo y musculos puborectales (continencia)
 - El complejo del elevador del ano(angulacion)
 - Inervados por S3 y S4. respuesta a la distencion rectal



DEFINICION DE INCOTINENCIA.

- La incontinencia fecal se define como la pérdida involuntaria de heces sólidas o líquidas.
- La incontinencia anal se define como la pérdida involuntaria de heces líquidos o sólidos y flatos.
- Sobre la base del mecanismo de la incontinencia.



POR SU MECANISMO

- La incontinencia fecal se divide en lo siguiente:
- La incontinencia de urgencia se caracteriza por el deseo de defecar, pero la incontinencia ocurre a pesar de los esfuerzos para retener las heces.
- La incontinencia pasiva se caracteriza por la falta de conciencia de la necesidad de defecar antes del episodio incontinente.

CARACTERISTICAS ASOCIADAS DE LA INCONTINENCIA ANAL

- Edad
- Genero
- Diarrea: (51% diarrea crónica tienen IA)
- Obesidad
- Factores Obstétricos
- Constipación (heces duras, sensación de evacuación incompleta , menos de 2 evacuaciones a la semana)
- Asilos (hasta 50%)
- Ejercicio (correr intensivo: 10%)



ETIOPATOGENIA



La pérdida de continencia puede resultar de la disfunción de los esfínteres anales, complianza anormal del recto, disminución de la sensibilidad rectal, alteración de la consistencia de las heces o una combinación de cualquiera de estas anomalías.

La incontinencia suele ser multifactorial, ya que estos trastornos a menudo coexisten.

DEBILIDAD DEL ESFINTER ANAL



TRAUMATICA

- Lesion.
- Fistula.
- Hemorroides.
- Posterior a inyeccion de t. botulinica.
- Parto vaginal.

NO TRAUMATICA

- Diabetes.
- Esclerosis sistematica.
- Lesion de la medula espinal.

DISMINUCION DE LA PERCEPCION DE LA SENSIBILIDAD RECTAL

- Diabetes.
- Mielomeningocele.
- Lesion medula espinal.
- Esclerosis multiples.

DISMINUCION DE LA COMPLIANCIA RECTAL

- Proctitis ulcerativa.
- Proctitis por radiacion.
- Proctectomia.

REBOSAMIENTO

- Estreñimiento.
- Impactacion fecal.



IDIOPATICAS

- Denervacion de los musculos del piso pelvico.
- Lesion del nervio pudendo.
- Lesion de nervios sacros.

DIAGNOSTICO



HISTORIA CLINICA

EXAMEN FISICO DETALLADO

ESTUDIOS DE LABORATORIO

ESTUDIOS DE GABINETE



Specific obstetrical risk factors for urinary versus anal incontinence 4 years after first delivery.

Fritel X1, Khoshnood B, Fauconnier A.

Author information:

1Poitiers University Hospital, Inserm CIC0802, 86000 Poitiers, France.

Electronic address: xavier.fritel@univ-poitiers.fr

Twenty-two percent of women reported UI only, 6.5% AI only, and 6.5% both. Risk factors associated with UI only were age (at first delivery) ≥ 30 (OR 2.27 [95% CI 1.47-3.49]), pre-existing UI (6.44 [2.19-19.0]) and pregnancy UI (3.64 [2.25-5.91]). Risk factors associated with AI only were length of the second active stage > 20 minutes (2.86 [1.15-7.13]) and third degree perineal tear (20.9 [1.73-252]). Significant predictors of UI+AI were age ≥ 30 (2.65 [1.29-5.46]), no epidural (4.29 [1.65-11.1]), third degree perineal tear (20.0 [1.28-314]), and UI before pregnancy (32.9 [9.00-120]). Cesarean delivery was not significantly associated with UI, AI, or UI+AI, although for all three outcomes, the adjusted odds ratios were substantially less than one.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exámen neurológico completo

Cicatrices, deformidades o lesiones del esfínter

Tono del esfínter anal

Grosor del tabique rectovaginal (10 a 12 mm)

Reflejos perineales



Fistula in ano (fissure in ano)

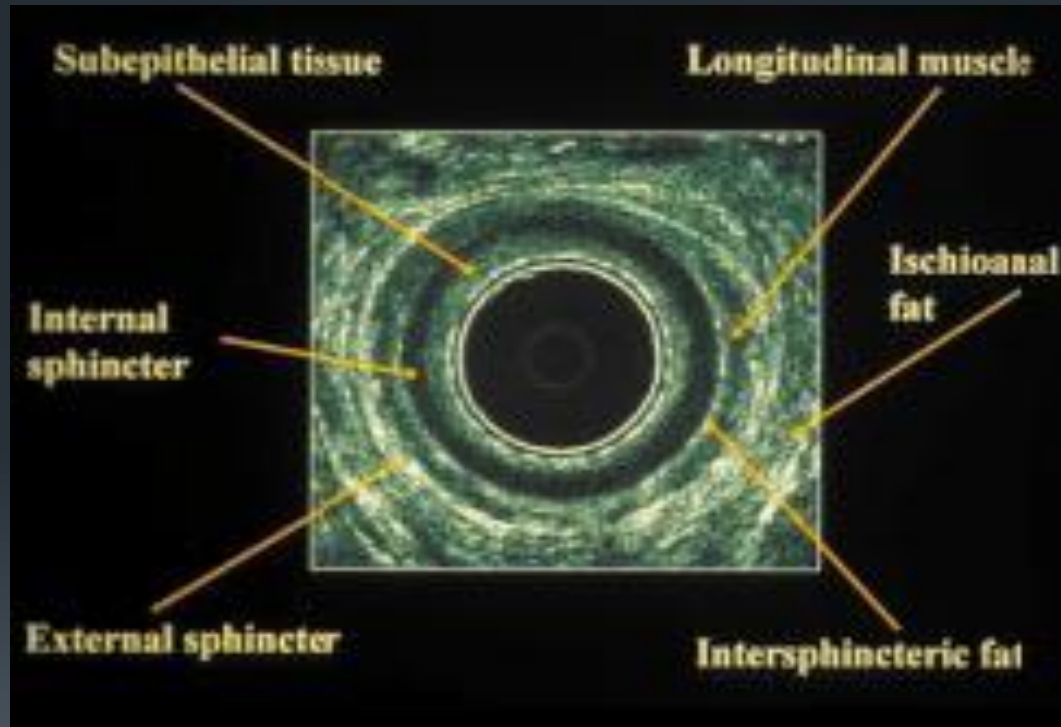
INCONTINENCIA ANAL

TABLA DE PUNTUACION

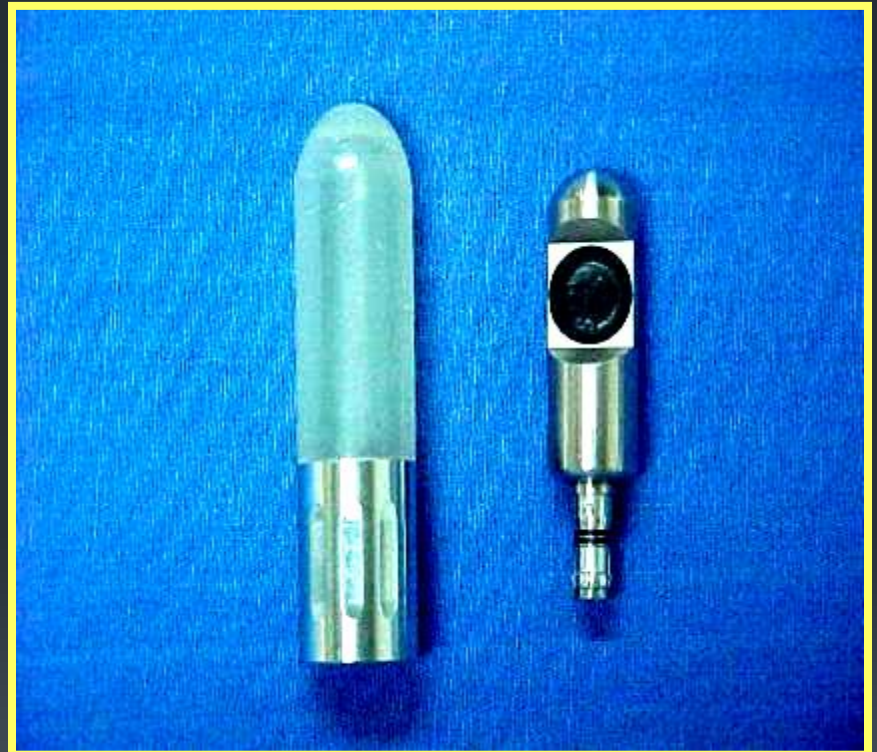
TIPO DE INCONTINENCIA	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	HABITUALMENTE	SIEMPRE
SOLIDOS	0	1	2	3	4
LIQUIDOS	0	1	2	3	4
GASES	0	1	2	3	4
REQUIERE COMPRESA	0	1	2	3	4
AFECTA VIDA SOCIAL	0	1	2	3	4

ESTÁNDAR DE ORO

USG ENDOANAL



EQUIPO



- Transductor endoluminal
- Gira 360 grados
- 10 MHz

Fecal incontinence in adults: Etiology and evaluation

Authors

Kristen M Robson, MD, MBA, FACG. Anthony J Lembo, MD

Deputy Editor

Shilpa Grover, MD, MPH, AGAF

All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete.

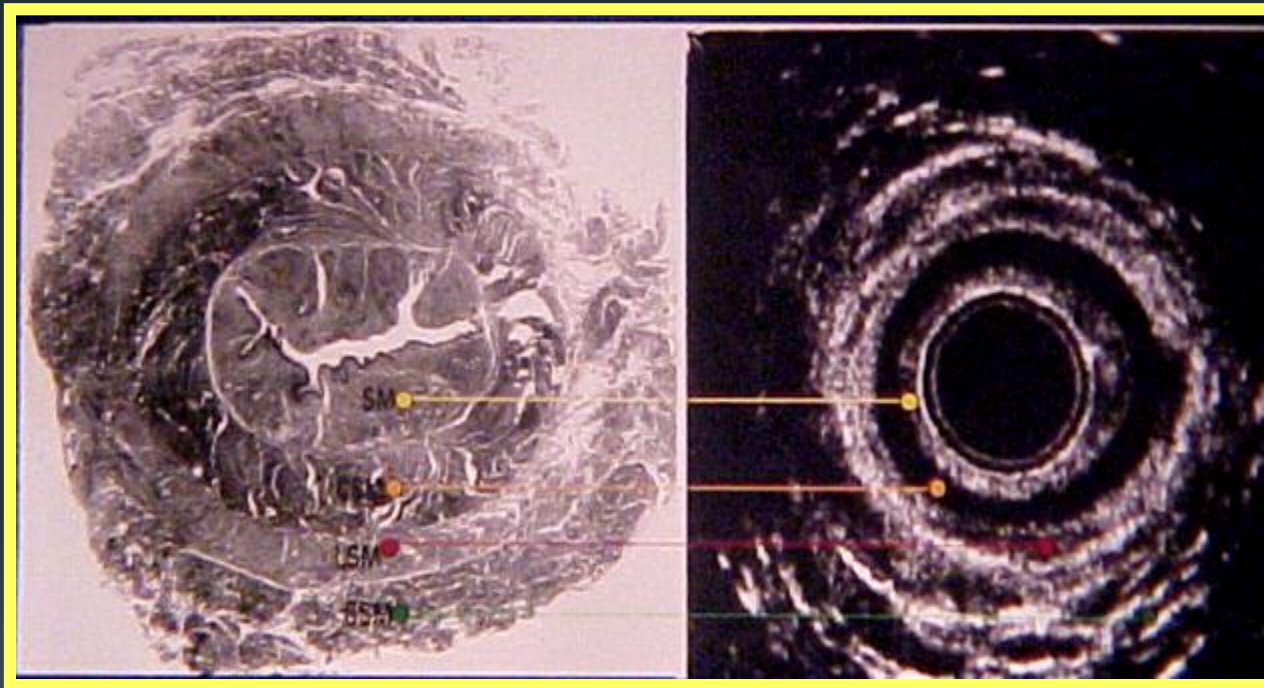
Literature review current through: Jan 2017. | **This topic last updated:** Aug 10, 2016.

A systematic review that included more than 100 patients who underwent endoanal ultrasonography after vaginal delivery estimated that anal sphincter defects were detectable in 27 percent of primiparous women, but only 29 percent of women with an anal sphincter defect were symptomatic [28]. In a population-based study, rectal urgency, rather than obstetrical sphincter injury, appeared to be the main risk factor for fecal incontinence in women

Walsh KA, Grivell RM. Use of endoanal ultrasound for reducing the risk of complications related to anal sphincter injury after vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD010826. DOI: 10.1002/14651858.CD010826.pub2.

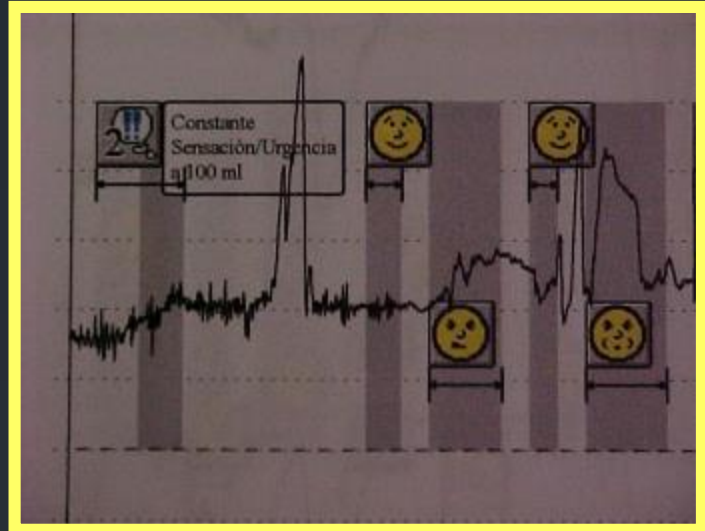
There is some evidence to suggest that EAUS prior to perineal repair is associated with reduced risk of severe anal incontinence but an increase in the incidence of perineal pain at three months postpartum. However, these results are based on one small study involving 752 women

ANATOMIA



Anatomía del mecanismo de esfínter por USG

MANOMETRIA



Análisis Presión Radial

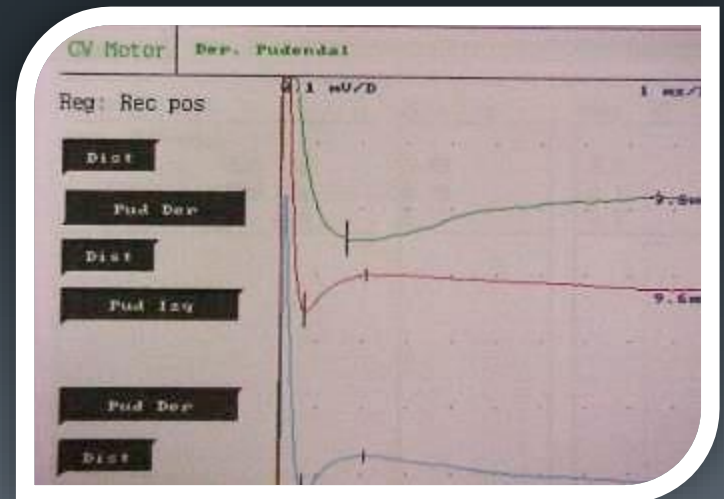
Unids: Presión = mmHg Duración = seg. Ratio = mmHg/seg.

Presiones en reposo

	Anter.	I.-Ant.	I.-Post.	Decha.	ZAP
6	47	51	35	45	
5	118	93	58	89	
4	108	116	104	103	
3	128	133	139	141	
2	156	161	145	151	X
1	153	158	144	151	X

	Reposo	Esfuerzo
Long. ZAP (cm)	2	
Presión Media sobre ZAP	152	158
Presión Máxima sobre ZAP	161	164

ELECTROMIOGRAFIA



Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence

Richard L Nelson¹, Sylvia E Furner², Matthew Westercamp², Cindy Farquhar³

¹Department of General Surgery, Northern General Hospital, Sheffield, UK.

²Epidemiology/Biometry, University of Illinois, School of Public Health, Chicago, USA. ³Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, Auckland, New Zealand

Contact address: Richard L Nelson, Department of General Surgery, Northern General Hospital, Herries Road, Sheffield, Yorkshire, S5 7AU, UK.

altohorn@btinternet.com. Rick.Nelson@sth.nhs.uk.

Authors' conclusions

Without demonstrable benefit, preservation of anal continence should not be used as a criterion for choosing elective primary CD. The strength of this conclusion would be greatly strengthened if there were studies that randomised women with average risk pregnancies to CD versus VD.

TRATAMIENTO

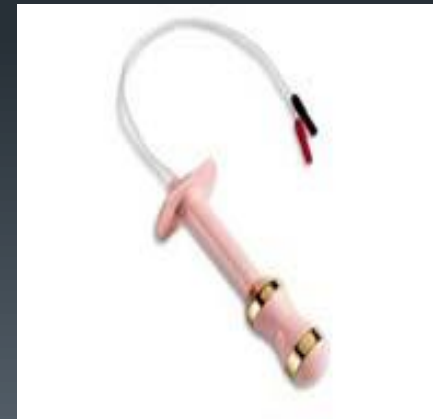
- TERAPIA MEDICA.

1. Dieta.
2. Terapia conductual.
3. Uso de medicamento: fibra, loperamida o difenoxilato.
4. Ejercicios del piso pelvico.



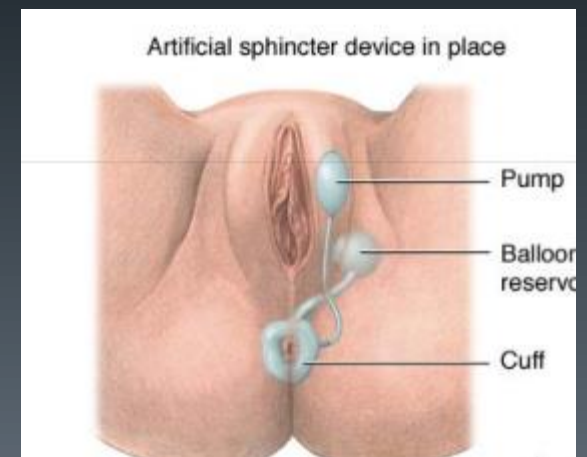
TERAPIA

- Biofeedback.
- Agentes anatómicos inyectables (ácido hialurónico).
- Ablación por radiofrecuencia.
- Tapones anales
- Insertos vaginales.



TRATAMIENTO QUIRURGICO

- Esfinteroplastia anal.
- Neuroestimulación sacra.
- Esfínter anal artificial.
- Grafioplastia dinámica.
- Sling anal.



CUANDO SE REFIEREN

Se debe considerar la derivación a un especialista en pacientes que no responden a la administración inicial con atención de apoyo y terapia médica. Tales pacientes requieren una evaluación adicional para detectar anomalías funcionales y estructurales que causan incontinencia fecal y para guiar el manejo posterior.

