

incontinencias y disquezias

Las incontinencias anales constituyen con frecuencia, para el cirujano, problemas de tratamiento, difíciles de resolver. Variaciones de procesos y de mecanismos y frecuentes asociaciones lesionales requieren en cada enfermo un juicioso inventario funcional y orgánico para decidir la conducta a seguir.

El tipo funcional del trastorno se investiga por un interrogatorio bien dirigido. El proceso anatómico requiere un interrogatorio completo de antecedentes y el examen meticuloso de la región.

Desde el punto de vista funcional calificamos a las incontinencias en tres grados.

Comprendemos como incontinencia de primer grado el fenómeno de expulsión de materias líquidas cuando el enfermo cree que son solo gases. Se debe a una falla en la discriminación entre líquidos y gases. Esta discriminación que se hace en el sujeto normal en la línea criptopapilar se ve alterada cuando esta zona está lesionada o desplazada fuera del conducto anal.

No se trata en realidad de una incontinencia, porque el enfermo puede retener gases y líquidos. La salida de líquidos es voluntaria y lo patológico es solamente que los dejó pasar creyendo que eran gases. Los estudiamos como incontinencia porque el enfermo consulta con ese criterio y porque es un fenómeno que a menudo se presenta alternando con incontinencias verdaderas.

Las incontinencias de segundo grado son las pérdidas involuntarias de líquidos y gases con continencia de materias sólidas. Constituyen una falla de la continencia activa por contracción activa del esfínter. El esfínter permanece en reposo, reteniendo por su tono a las materias sólidas, pero no se contrae por falta del reflejo que parte de la mucosa o por imposibilidad de hacerlo. Las incontinencias de tercer grado son las pérdidas de todas las materias. El esfínter que normalmente en reposo retiene las materias sólidas, continencia pasiva, es insuficiente para retenerlas.

El simple peristaltismo intestinal las lleva al exterior.

Las lesiones orgánicas se investigan en las incontinencias por un cuidadoso estudio de los antecedentes de la región esfinteriana y por el examen clínico. Las distintas lesiones posibles pueden considerarse en cuatro grupos: lesiones mucosas, rigideces, sección esfinteriana e insuficiencia esfinteriana.

Incontinencias de causa mucosa

En el sujeto normal las materias líquidas y gases al llegar a la línea cripto-

de su presencia. Si el sujeto, voluntariamente o por reflejo condicionado, con-
papilar y zona media de la mucosa del conducto anal provocan la sensación
trae el esfínter externo, las materias y gases no pueden pasar y son devueltos
al recto. En las incontinencias de causa mucosa, la alteración de ésta impide
la sensación de presencia en el conducto anal y no hay contracción esfinteria-
na que impida la salida de gases y materias líquidas. Las materias sólidas no
pasan porque el esfínter por su simple tono ofrece un conducto estrecho, con-
tinencia pasiva.

En ciertos casos la falla de la mucosa no llega a la anulación de toda sensación
sino que es sólo una falta de discriminación entre gases y materias líquidas.
Este fenómeno tan simple provoca serias molestias en ciertos enfermos pues
se pueden producir evacuaciones líquidas cuando sólo se pensaba en una eli-
minación de gases. Pero esta consecuencia de la falla de la discriminación
no es una incontinencia.

Entre los procesos mucosos que dan incontinencia nos referiremos en primer tér-
mino a la **resección del sector medio** con descenso del sector alto hasta la mar-
gen del ano, como se practicaba en la operación de Whitehead para hemorroi-
des y prolapsos mucosos. La inspección del orificio anal muestra en estos ca-
sos la mucosa roja, brillante por el moco, a veces sangrante, que correspondía
a la parte alta. La secreción mucosa que moja las ropas da al enfermo la im-
presión falsa de incontinencia. La incontinencia verdadera se manifiesta por
pérdida de materias líquidas y gases. El esfínter, reconocido por el tacto está
normal y haciéndolo contraer aprieta el dedo. La incontinencia se produce
porque por falta de sensibilidad a lo largo del conducto no denuncia la pre-
sencia de materias o gases.

El tratamiento de esta desagradable secuela operatoria es la reintervención
llevando al conducto anal recubrimiento sensible que no debió ser extirpado.
La forma de llevar este recubrimiento es por operaciones plásticas.

Una situación similar se produce cuando la mucosa del sector sensible del
conducto anal se ha **destruido por necrosis post-operatoria**. En este caso la re-
operación es, más difícil por la retracción de la mucosa y la inflamación, pero
después de tratar a ésta, debe practicarse con las mismas directivas.

La incontinencia para líquidos y gases es habitual en los **prolapsos mucosos** de
cualquier tipo, porque la mucosa sensible está exteriorizada y el conducto está
tapizado por mucosa insensible. El tratamiento es la resección del prolapso
conservando el sector medio del conducto, que volverá a corresponder a su
topografía normal.

Por rigidez. Diversos procesos pueden provocar la rigidez del órgano anal:
fibrosis inflamatoria submucosa o del espesor del esfínter, fibrosis supurante
de la enfermedad de Nicolás y Favre, infiltración neoplásica, cicatrices de que-
maduras y supuraciones. En todos estos casos la contracción esfinteriana no
consigue obliterar el conducto, por lo que gases y materias líquidas pueden es-
capar al exterior.

En este grupo puede colocarse la rigidez que se produce en el órgano anal en
los enfermos que durante años mantienen un estado diarréico, ya que sea por
ingestión permanente de laxantes, parafina líquida, o por procesos cólicos, co-
litis ulcerosa, poliposis etc. Los hombres deben hacer la micción sentados por-
que en ese acto pierden materias fecales líquidas.

Estas incontinencias requieren fundamentalmente el tratamiento de sus causas.
Evitar deposiciones líquidas.

Por sección del esfínter. Esta sección puede producirse por una herida acci-
dental especialmente por empalamiento. Se observan a veces por desgarró esfin-

teriano en el momento del parto, por episiotomía posterior no suturada o por lesión del esfínter en la perineorrafia por prolapso genital. Las causas más comunes son las operaciones por fístulas extraesfínterianas y la esfínterotomía posterior.

El examen de la región perineoesfínteriana de enfermos con sección del esfínter muestra a veces la adherencia de la cicatriz mucosa al defecto profundo resultante de la retracción de los cabos del esfínter seccionado. Otras veces la mucosa está libre y los cabos de sección se reconocen debajo de la piel bajo forma de dos nódulos duros que se separan al contraer el esfínter. En fin, puede suceder que no se reconozca nada de los cabos de sección, transformada la región en una masa **fibrosa difusa**, ampliamente extendida.

El tratamiento quirúrgico de estas lesiones es complejo y muy a menudo fracasado. Gran importancia tiene su prevención: primero evitar sección operatoria siempre que se pueda, fístulas o esfínterotomía posterior y segundo sutura cuidadosa de heridas de episiotomías.

Según los resultados del estudio general del enfermo, de la evaluación de la invalidez que significa la incontinencia y de las lesiones en juego, el tratamiento puede ser diferente: en un tiempo, en dos tiempos, o perineorrafia para lesiones esfínterianas anteriores.

Insuficiencia esfínteriana. Suele verse en secciones del esfínter que por retracción, supuración, necrosis o infiltración fibrosa llegan a la insuficiencia. Puede ser congénita o presentarse en el curso de una neuropatía, en la vejez o en la caquexia.