

# Utilidad de la ecografía endovaginal en el estudio de la incontinencia fecal

J. M. Ramírez, V. Aguilera, M. Martínez y J. A. Gracia

*Sección de Coloproctología. Servicio de Cirugía B. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.*

## RESUMEN

**Objetivo:** el estudio ecográfico endoanal en la mujer con incontinencia fecal presenta en ocasiones dificultades que pueden llevar a errores de diagnóstico sobre todo cuando se valoran las imágenes de la cara anterior. En este trabajo nos hemos propuesto estudiar la eficacia de la ecografía endovaginal en estos casos.

**Material y método:** treinta mujeres afectas de incontinencia fecal se incluyen en el estudio. Todas fueron exploradas en régimen ambulatorio mediante ecografía endoanal, tomando imágenes secuenciales del canal anal y analizando los resultados. Posteriormente, se realizó ecografía endovaginal con el mismo equipo y en la misma sesión. Se compararon los resultados de ambas técnicas.

**Resultados:** en las 30 pacientes se pudo realizar la ecografía endoanal, en 17 enfermas no se hallaron anomalías. En 3 pacientes se apreció defecto único de esfínter anal interno. Una paciente presentaba defecto de ambos esfínteres latero-posterior. En 6 ocasiones se apreció defecto anterior de esfínter anal medio-alto. En otros 3 casos no se logró una buena visión del canal anal anterior. Con la ecografía endovaginal se apreció claramente el canal anal en 23 casos y no se consiguieron imágenes adecuadas en 7 y cambió el criterio de la ecografía endoanal en 2 ocasiones.

**Conclusión:** en el estudio de la incontinencia fecal, la ecografía endovaginal a pesar de presentar limitaciones técnicas puede ser útil en los casos en los que se plantean dudas sobre la integridad de la pared anterior del conducto anal.

**Palabras clave:** Ecografía. Ecografía endoanal. Ecografía endovaginal. Incontinencia fecal.

## INTRODUCCIÓN

La ecografía endoanal se ha ido consolidando durante la última década como una herramienta de gran ayuda, no sólo en el estudio de los tumores de recto (1,2), sino también como complemento diagnóstico de la patología benigna del canal anal, fundamentalmente la fístula y la incontinencia fecal (3,4), de tal manera que en estos momentos la ecografía endoanal, una técnica simple, reproducible y bien tolerada por el paciente se ha convertido en prácticamente imprescindible a la hora de valorar adecuadamente la integridad anatómica del canal anal desplazando a otras técnicas mucho más molestas (5).

Sin embargo, en ocasiones, el estudio ecográfico endoanal del canal anterior en la mujer puede presentar imágenes confusas o poco concluyentes debido a variantes anatómicas normales del canal anal alto y medio simulando deficiencias o lesiones (6). En este sentido, se ha propuesto el uso de la ecografía endovaginal (7) como ayuda complementaria en el estudio de la incontinencia fecal en la mujer. Por todo ello, nos propusimos en este trabajo analizar el valor real que en el estudio de la incontinencia fecal tiene la ecografía endovaginal comparándola con la universalmente aceptada ecografía endoanal.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen en este trabajo 30 pacientes (edad media 52, rango 24-76) que acudieron a nuestra consulta por cuadro de incontinencia fecal. Entre los antecedentes destacaban partos vaginales previos en 23 pacientes (tres de las cuales mencionaban proceso supurativo en la zona de episiotomía), en 4 enfermas existía cirugía previa (3 casos de hemorroidectomía y 1 fistulectomía) y en 3 ocasiones prolapso rectal.

En todas ellas y tras explicar detenidamente en qué iba a consistir la exploración, se realizó ecografía endoanal, según técnica y equipo previamente descritos (3), de manera ambulatoria y sin preparación. La exploración la comenzamos en canal anal alto a la altura del haz muscular pubo-rectal, descendiendo lentamente hasta margen anal, tomando imágenes secuenciales de las estructuras en canal anal alto, medio y bajo. Los resultados fueron reflejados en la hoja de recogida de datos protocolizada de nuestro Servicio. Finalizada la exploración endoanal se cambió el protector de la sonda y se realizó ecografía endovaginal con el mismo equipo y según técnica descrita por Poen y cols. (8), usando así mismo los patrones de normalidad descritos por ellos (Fig. 1). La prueba se dio por satisfactoria si se logró visualizar el canal anal por completo.

Según el objetivo del trabajo entendimos como valor añadido de la ecografía endovaginal cuando la información aportada hiciera cambiar el enfoque terapéutico

sugerido tras la ecografía endoanal o aún sin variar la opción terapéutica, aportara imágenes claramente de mejor calidad.

## RESULTADOS

En las 30 pacientes la ecografía endoanal se realizó sin mayores problemas. El tiempo medio de la exploración, medido desde la inserción de la sonda en canal anal hasta su retirada, fue de 10 minutos (rango 5-20).

En la tabla I quedan reflejados los resultados obtenidos del estudio. En 17 pacientes (57%) el estudio ecográfico endoanal se dio por plenamente satisfactorio, con adecuada visión anatómica de todas las estructuras y sin encontrar anomalías. Se apreció defecto único del esfínter anal interno en canal anal medio en 3 enfermas, defecto de esfínter interno y externo latero-posterior en canal anal medio-bajo en 1 caso (la intervenida de fistulectomía). En 6 ocasiones (20%) el estudio ecográfico sugirió defecto anterior del esfínter anal medio alto. Por último, en otras 3 pacientes las estructuras anatómicas anteriores no eran nítidamente identificadas debido a canal anal demasiado corto y periné muy laxo y las etiquetamos como "estudio dudoso" (Fig. 2).

Por lo que respecta a la ecografía endovaginal el tiempo medio de exploración fue de 15 minutos (rango 5-25) y como mostramos en la tabla I, sólo pudieron ser adecuadamente estudiadas 23 (76%) pacientes. En 18 de estas 23 enfermas el estudio fue normal, es de destacar que una de estas pacientes había sido diagnosticada previamente de lesión anterior con la ecografía endoanal (Fig. 3) y otra paciente presentaba un informe previo de "estudio dudoso" por lo que la ecografía endovaginal sirvió para despejar las dudas diagnósticas de la exploración endoanal. Por otro lado, dos pacientes con defecto claro lateral de esfínter interno mediante ecografía endoanal fueron erróneamente diagnosticadas como normales en la exploración endovaginal.

## DISCUSIÓN

La incorporación de la ecografía endoanal al estudio de la incontinencia fecal ha sido con toda probabilidad el hecho más trascendente en el manejo de estos enfermos en las últimas décadas. Esto es así porque para el clínico es de incalculable valor conocer la situación real del mecanismo esfinteriano a la hora de tomar una decisión quirúrgica, no sólo identificar la existencia de una lesión muscular, sino el alcance de la misma y la localización (9). En esto ayuda considerablemente la ecografía endoanal, y lo hace de una manera sencilla, relativamente económica, reproducible y bien tolerada por los pacientes (10).

Más aún, la ecografía endoanal, en manos expertas, presenta una elevada eficacia diagnóstica superando y desplazando a métodos más clásicos (11). A pesar de todo esto, estamos de acuerdo con los que opinan que el punto débil de la técnica es la cara anterior del canal anal en la mujer, donde definir la anatomía normal presenta a veces un enorme grado de intuición, sobre todo en pacientes con canal anal corto, región perineal amplia o descenso del suelo pélvico, hechos estos que se presentan con relativa frecuencia en la mujer incontinente (6).

En este sentido se ha venido sugiriendo la posibilidad de utilizar la sonda ecográfica a través de la vagina como complemento del estudio endoanal ya que esto ofrece un diferente ángulo de visión y distorsiona menos la anatomía (7,8).

Efectivamente, la ecografía endovaginal permite obtener una imagen del canal anal "en reposo", sin ninguna distensión apreciándose claramente el tejido mucoso/submucoso de los cojinetes hemorroidales así como el esfínter anal interno generalmente de espesor mayor que en la ecografía endoanal (Fig. 1). Con todo lo dicho anteriormente, el debate abierto en la actualidad es el valor real añadido de la ecografía endovaginal, para algunos una prueba imprescindible junto a la ecografía endoanal en el estudio de la incontinencia fecal (8) y para otros de utilidad más que discutible (12).

A tenor de nuestros resultados, lo primero que conviene destacar de nuestro estudio es la dificultad en obtener imágenes adecuadas del canal anal con la vía endovaginal, encontrándonos en la línea de lo reflejado en la literatura (8,12), y el motivo fundamental es la imposibilidad de conseguir un adecuado contacto y orientación entre la sonda y la pared posterior de la vagina. Esto hizo que en 7 (23%) enfermas la exploración resultara inútil. Así mismo, la ecografía endovaginal se mostró poco sensible definiendo lesiones laterales del canal anal y aunque el esfínter interno se suele ver claro y más engrosado, esta técnica fue incapaz de ver dos de los tres defectos de EAI detectados con ecografía

Tabla I. Resultados de nuestra serie de 30 pacientes

Ecografía endoanal	Ecografía endovaginal		
	Lesión	Estudio imposible	Estudio normal
Estudio dudoso	3	1*	1
Defecto anterior	6	3	1
Defecto EAI	3	-	2
Defecto lateral EAI y EAE	1	-	-
Canal normal	17	-	14
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>18</b>

EAI: esfínter anal interno. EAE: esfínter anal externo; \*: lesión en cara anterior.

endoanal. Creemos que puede deberse a que durante la realización de la ecografía endovaginal existe una ausencia completa de distensión de las fibras de este delgado esfínter solapándose unas con otras y ocultando el defecto.

Sin embargo, a pesar de esto, podemos decir que la ecografía endovaginal fue útil en 3 pacientes (10%). En dos de ellas nos aclaró las dudas que la ecografía endoanal tenía en la cara anterior del conducto anal y en la tercera enferma no se apreció el defecto en cara anterior visto previamente (Tabla I).

En definitiva, por todo lo anterior podemos deducir que la ecografía endovaginal es una técnica de difícil realización y con un elevado porcentaje de fracasos a la

hora de explorar el conducto anal anterior. El fracaso de la ecografía endovaginal se produce en 1 de cada 4 enfermas, por lo que dicha técnica no es capaz de sustituir a la ecografía endoanal, que sigue siendo la de elección en el estudio de la incontinencia fecal en la mujer. Sin embargo, dado que la vía endovaginal no supone apenas aumento de recursos, solamente prolonga unos quince minutos la exploración y es indispensable obtener la mejor aproximación diagnóstica posible, debido a la gran trascendencia de las posibilidades terapéuticas. En nuestra opinión la ecografía endovaginal debe indicarse como complemento en los casos en los que se plantean dudas sobre la integridad de la pared anterior del conducto anal.