Cartas al Director

Incontinencia fecal y suelo de la pelvis en la mujer: necesidad de un diagnóstico completo

Palabras clave: Defecografía. Incontinencia fecal. Suelo pélvico. Prolapso rectal. Rectocele.

Key words: Defecography. Fecal incontinence. Pelvic floor. Rectal prolapse. Rectocele.

Sr. Director:

Hemos leído con atención la editorial y el artículo que sobre la incontinencia fecal han sido publicados recientemente en esta revista. Como exploraciones complementarias se citan la manometría rectal, las pruebas de sensibilidad rectal, la electromiografía y los ultrasonidos sin que se valore la posibilidad de completar el estudio del suelo de la pelvis mediante defecografía y/o RM dinámica de la pelvis (1,2).

La incontinencia fecal en la mujer suele ir acompañada de alteraciones del suelo pelviano y para el diagnóstico completo de las patologías que presenta la paciente puede ser útil la realización de una defecografía (3).

Hemos valorado de forma retrospectiva los hallazgos defecográficos presentes en 70 mujeres con clínica de incontinencia fecal y una edad media de $61,08 \pm 9,9$ años con el fin de conocer las alteraciones asociadas, rectoanales (rectocele, intususcepción rectal, prolapso rectal externo) y del íleon pelviano (enterocele). A todas ellas se les había realizado una defecografía tras la introducción de 300 ml de papilla espesa para la opacificación rectosigmoidea y 400 ml de bario líquido por vía oral para contrastar las asas de intestino delgado pelviano, realizándose una vez sentada la paciente en una silla radiotransparente, proyecciones de perfil en reposo, con máxima retención, con esfuerzo, durante la evacuación y con esfuerzo tras el vaciamiento total o parcial de la ampolla rectal. Encontramos signos radiológicos de incontinencia fecal aislada en 18 mujeres (25,7%), incontinencia fecal y rectocele en 28 (40%), inconti-

nencia fecal y enterocele en 14 (20%), incontinencia fecal junto a rectocele y enterocele en 6 (8,5%) e incontinencia fecal con intususcepción rectal o prolapso rectal externo en 4 (5,7%).

La incontinencia fecal durante la práctica de una defecografía se traduce por la pérdida de parte o de la totalidad del contraste cuando se coloca a la paciente en sedestación. Las alteraciones que favorecen su aparición son una ampolla rectal verticalizada con un canal anal abierto durante toda la exploración y unos ángulos anorrectales que, tanto en reposo como durante la defecación, se hallan aumentados de forma significativa (4).

La defecografía no suele establecer la etiología de la incontinencia fecal pero proporciona información estructural y funcional adicional que permite descubrir con frecuencia lesiones asociadas. Así mismo, en las pacientes con incontinencia fecal, la opción de unir la defecografía a la ecografía permite combinar el estudio morfológico y dinámico del compartimento digestivo del suelo de la pelvis con la visualización de las posibles lesiones esfinterianas (5,6).

F. Gimeno Solsona y R. Salvador Izquierdo

*Servicio de Radiodiagnóstico. CDIC. Hospital Clínic.
Facultad de Medicina. Barcelona*

Bibliografía

1. Muñoz Yagüe MT. Incontinencia fecal, un problema ignorado y encubierto. Rev Esp Enferm Dig 2005; 97: 71-7.
2. Ballester A, Mínguez M, Herreros B, Hernández V, Sanchiz V, Benages A. Prevalencia de la incontinencia anal y urinaria silentes en mujeres de la ciudad de Teruel. Rev Esp Enferm Dig 2005; 97: 78-86.
3. Jackson SL, Hull TL. Fecal incontinence in women. Obstet Gynecol Surv 1998; 53: 741-7.
4. Piloni V, Fiovaranti P, Spazzafumo L, Rossi B. Measurement of the anorectal angle by defecography for the diagnosis of fecal incontinence. Int J Colorectal Dis 1999; 14: 131-5.
5. Lienemann A, Fischer T. Functional imaging of the pelvic floor. Eur J Radiol 2003; 47: 117-22.
6. Fuchsjäger MH, Maier AG. Imaging fecal incontinence. Eur J Radiol 2003; 47: 108-16.