

Abordaje quirúrgico de la incontinencia fecal (Surgical treatment of fecal incontinence)

Norma Ceciliano-Romero y Silvia Cordero-Castro

Resumen

Antecedentes: los pacientes con incontinencia fecal enfrentan graves problemas sociales y psicológicos, por lo que el propósito fue analizar la evolución de 27 pacientes operados con la técnica de Malone, de Neo-apéndice y botón de Chait, para hacerles enemas anterógrados, así como evaluar la repercusión en su calidad de vida.

Metodología: la investigación es descriptiva-retrospectiva. Los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos del periodo 2000-2010. Para la definición de caso fue necesario que tuvieran incontinencia fecal y que se les hubiera hecho una operación de Malone, Neo-apéndice y colocación de botón de Chait durante ese periodo.

Resultados: de los 27 pacientes analizados, 21 tenían como causa de la incontinencia una malformación anorrectal, 3 mielomeningocele, 1 enfermedad de Hirschsprung, 1 rabdomiosarcoma y 1 constipación. En 17 se realizó la técnica de Malone, en 6 un Neo-apéndice, y en 4 se colocó un botón de Chait. Las complicaciones observadas fueron: fuga del neo-apéndice con peritonitis y reintervención en 1 caso, estenosis de la boca en 9 casos, granulomas en 4 casos y prolapso en 1. En 24 casos los pacientes se mantienen limpios de heces y tanto ellos como sus familiares están satisfechos. En 10 casos ellos son independientes y se realizan sus propios enemas.

Conclusiones: los resultados obtenidos permiten considerar que las intervenciones quirúrgicas efectuadas para hacer los enemas anterógrados, son una buena opción para mejorar la calidad de su vida.

Descriptores: Malone, Neo-malone, botón de Chait e incontinencia fecal.

Abstract

Background: Patients with fecal incontinence suffer from serious social and psychological problems. Therefore, the objective was to analyze the evolution of 27 patients who underwent surgery using the Malone, Neo-Malone or Chait's Button procedures in order to administer an antegrade enema. Also, the study aimed at assessing the effect of performing the procedure on their quality of life.

Methods: Research is descriptive and retrospective. Data was obtained from medical records from the period 2000-2010. In order to define a case, patients must have suffered from fecal incontinence and under gone surgery using the Malone, Neo-Malone (flap from de colon) and Chait's button procedures during such period.

Results: Out of the 27 patients analysed, an anorectal deformity was the cause of incontinence in 21, mielomeningocele in 3, Hirschsprung disease in 1, rabdomiosarcoma in 1 and constipation in

Trabajo realizado en el Servicio de cirugía general, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera".

✉ nocerodd@hotmail.com

Fuentes de apoyo: no se cuenta con ninguna ayuda económica.

1. The Malone procedure was used in 17 of these patients, the Neo-Malone in 6 and the Chait's Button in 4. The complications observed were: leakage from the neo-appendix with peritonitis and reoperation in 1 case, stenosis of the stoma in 9 cases, granulomas in 4 cases and prolapse in 1 case. In 24 cases, patients keep clean from feces and both, patients and parents are satisfied. In 10 cases, patients are independent and administer their own enemas.

Conclusions: The results allow us to consider that surgery to administer an antegrade enema is a good alternative to improve the patient's quality of life.

Keywords: Malone, Neo-malone, Chait's Button, fecal incontinence.

Fecha recibido: 25 de setiembre de 2012

Fecha aceptado: 25 de abril de 2013

El problema de la incontinencia fecal es muy grave para el niño que lo padece y para su familia. Se considera que el 75% de los pacientes que nacen con alguna malformación anorrectal, con los tratamientos actuales, pueden llegar a tener una buena continencia fecal. El otro 25% son incontinentes.¹ Además, existen otras patologías, como el mielomeningocele, que también dejan pacientes con incontinencia. Las secuelas que este problema presenta son trastornos psicológicos importantes, deserciones escolares, disfunción familiar y desaprobación social.

Para tratar de corregir estos problemas se ha creado la *Clínica de trastornos colorrectales*, donde se ha controlado los 27 pacientes sometidos a los siguientes procedimientos: Malone y neo-apéndice, que son dos técnicas diferentes para tratar el problema, en la primera, usando el apéndice cecal, y la segunda, con un conducto con la pared del colon (Figura 1), los cuales se abocan a la piel, lo que permite hacer enemas de limpieza en forma inversa a la tradicional o en la misma dirección a los movimientos del intestino. A esto es lo que se

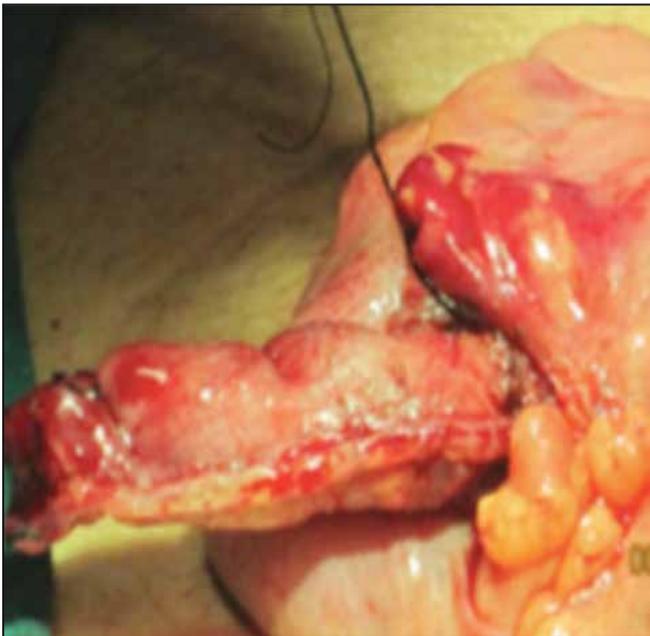


Figura 1. Muestra el conducto formado por el intestino grueso, en donde se ha sacado una cuña en su borde antemesentérico para adelgazarlo, y se ha conservado su vascularidad. A esto es a lo que se llama Neo-malone, y se usa cuando no se puede utilizar el apéndice.

la ha llamado enemas anterógrados. En algunos pacientes se colocó el botón de Chait, que es un dispositivo de plástico usado para comunicar el intestino grueso en su borde antimesentérico con la piel en la cara anterior del abdomen, generalmente del lado derecho. (Figura 2)

El objetivo de esta investigación fue analizar los pacientes tratados con las tres técnicas.

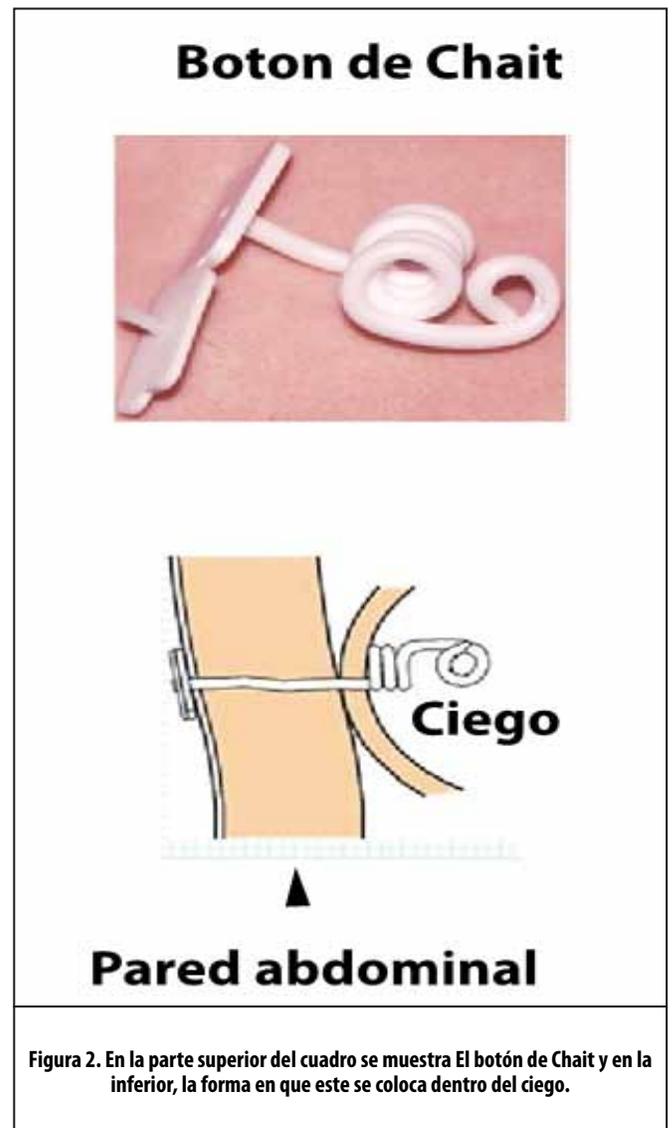


Figura 2. En la parte superior del cuadro se muestra El botón de Chait y en la inferior, la forma en que este se coloca dentro del ciego.

Cuadro 1. Patologías relacionadas con la incontinencia fecal		
Patología	Clasificación	Casos
Malformaciones anorrectales	Uretra bulbar	6
	Cuello vesical	5
	Perineal	3
	Vestibular	3
	Cloaca alta	2
	Uretra prostática	1
	Cloaca baja	1
Mielomeningocele		3
Megacolon agangliónico		1
Rabdomiosarcoma		1
Constipación		1
Total		27

Métodos

Es un estudio de tipo descriptivo, con dirección retrospectiva, y para recolectar los datos se usaron los expedientes clínicos donde se incluía el control postoperatorio en la consulta. Algunos datos fue necesario completarlos por vía telefónica, cuando los pacientes vivían en zonas rurales alejadas.

En todos los pacientes, antes de someterlos a cirugía se hizo una cuidadosa investigación sobre: a) si tenían apéndice y si podía

usarse, o si por una cirugía previa se sospechaba la existencia de muchas adherencias, b) si los pacientes estaban comprendiendo el procedimiento y si lo aceptaban, c) si la familia comprendía y aceptaba el procedimiento. También se les dio a escoger entre neoapéndice y el botón de Chait en los apendicectomizados.

Para seleccionar a los pacientes se usaron los siguientes parámetros: a) que su incontinencia fecal no hubiera respondido al tratamiento médico, b) que se hubieran realizado alguno de los tres procedimientos quirúrgicos descritos.

El estudio se realizó en el periodo comprendido entre 2000 y 2010. Se analizaron variables como la causa que produjo la incontinencia fecal, el tipo de procedimiento quirúrgico realizado (Malone, Neo apéndice, botón de Chait)² y si fue efectuado con cirugía abierta o laparoscópica. También se analizaron las complicaciones que presentó cada uno de los procedimientos. Finalmente, se analizan los resultados, evaluando si el paciente se mantiene limpio, si es capaz de realizar los enemas solo, y cuál es su grado de satisfacción y el de su familia.

Esta investigación fue presentada y aprobada por el Comité de Bioética institucional en la sesión 016-2011.

Resultados

Se estudiaron 27 pacientes, 12 del sexo femenino y 15 del masculino. Su edad estuvo entre 4 años el menor y 17 el mayor, con una media de 10 y una moda de 9.

La patología que dio origen a la incontinencia se muestra en el (Cuadro 1). La cirugía efectuada consistió en 18 procedimientos con técnica abierta, realizando una laparotomía, y 9 intervenidos por técnica laparoscópica. En 17 se hizo la técnica de Malone, en 6 neoapéndice y en 4 la colocación de un botón de Chait.

Las complicaciones presentadas se analizan en el cuadro 2. La única complicación de peritonitis fue en un caso de

Cuadro 2. Complicaciones que presentaron los pacientes operados, separados de acuerdo con la técnica quirúrgica empleada y las complicaciones para cada una				
	Cantidad de pacientes	Peritonitis	Estenosis	Granuloma
Malone laparotomía	11		5	1
Malone laparoscópico	6		3	
Neo-Malone laparotomía	5	1	1	1
Neo-Malone laparoscópico	1			
Botón de Chait laparotomía	2			2
Botón de Chait laparoscópico	2			
Total de pacientes	27	1	9	4

neoapéndice, y el granuloma fue más frecuente cuando se empleó el botón de Chait.

En 24 casos se logró mantener a los pacientes limpios, usando uno o dos enemas al día (88,88%). En 10 de estos últimos casos se logró que fueran independientes, que ellos mismos se realizaran el enema anterógrado (41,66 %).

Los pacientes que se mantienen limpios se encuentran satisfechos con el procedimiento, así como sus familias.

Discusión

Los pacientes con malformaciones anorrectales que tenían fistulas a periné y vestibulares, en donde se deberían obtener buenos resultados con la cirugía, presentaban malformaciones en la columna vertebral y su índice sacro era muy bajo. Esta ha sido la causa de incontinencia, lo que ha sido reportado en la bibliografía.^{1,3}

Cuando se hizo la operación de Malone o Neo Malone,^{4,5} se trató de poner la desembocadura del conducto en la cicatriz umbilical por razones estéticas y para no interferir con procedimientos urológicos concomitantes, ya que algunos de estos pacientes también ameritan cirugía de su sistema urinario.^{6,7} Cuando se colocó el botón de Chait,⁸ se usó el ciego y este quedó localizado en el flanco derecho del abdomen.

La complicación más frecuente fue la estenosis de la boca, la cual fue tratada con dilataciones y en tres casos se colocó en ella el botón de Chait por un tiempo, y al retirarlo se continuó con las dilataciones, técnicamente se describe modificación de la técnica para evitar este tipo de complicación.⁹ Los granulomas se trataron con aplicaciones de cloruro de sodio o mercurocromo. El prolapso de la mucosa requirió un reintervención para ser corregido. Con el fin de evitar la fuga de contenido intestinal a la cavidad y la consiguiente peritonitis, se fija el ciego a la pared abdominal.

El escaso número de pacientes no permite obtener conclusiones que tengan un valor estadístico, y solo pareciera indicar que la técnica de Malone arroja un mayor número de estenosis, así como que el uso de las técnicas laparoscópicas no

aumenta las complicaciones, con respecto a las intervenciones quirúrgicas realizadas para hacer los enemas anterógrados, se consideran una buena opción para mejorar la calidad su de vida. Es necesaria la existencia de un grupo multidisciplinario para su manejo. Debe seguirse estudiando el problema para conseguir mayores datos y, en especial, para conocer su evolución en la edad adulta.

Conflictos de interés: de parte de ambas autoras, no hay ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Peña A, Hong A. Advances in the Management of Anorectal Malformations. *Am J Surg* 2000; 180:370-376.
2. Peña M, Parés D, Pascual M, Pérez M, Cañete N, Sánchez M, Andréub M, Grande L. Tratamiento del estreñimiento crónico grave mediante la técnica del enema anterógrado continenete. *Cir Esp* 2008; 80: 403-405.
3. Peña A, Guardino K, Tovilla J, Levitt M, Rodríguez G, Torres R. Bowel Management for Fecal Incontinence in Patients with Anorectal Malformations. *J Pediatr Surg* 1998; 33:133-137.
4. Levitt A, Soffer S, Peña A. Continent appendicostomy in the bowel management of fecally incontinent children. *J Pediatr Surg* 1997; 32:1630-1633.
5. Weiser A, Stock J, Hanna M. Modified cecal flap noeappendix for Malone antegrade continence enema procedure: a novel technique. *J Pediatr Urol* 2003; 169: 2321-2324.
6. Meurette G, Lehur P, Coron E, Regenet N. Long-term results of malone's procedure with antegrade irrigaton for severe chronic constipation. *Gastroenterol Clin Biol* 2010; 34:209-212.
7. Bau MO, Younes S, Aupy A, Bernuy M, Rouffet MJ, Yepremian D, Lottman HB. The Malone antegrade colonic enema isolated or associated with urological inconticence procedueres: evaluation from patient point of view. *J Pediatr Urol* 2001; 165: 2399-2403.
8. Becmeur F, Demarche M, Lacreuse I, Molinaro F, Kauffmann I, Moog R, *et al.* Cecostomy button for antegrade enemas: survey of 29 patients. *J Pediatr Surg* 2008; 43: 1853-1857.
9. Shaul DB, Harrison EA, Muenchow SK Avoidance of leakage and strictures when creatinag an invisible conduit for antegrade colinic enemas. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 12, 1768-1771.