



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-345 - INCONTINENCIA FECAL DE ETIOLOGÍA INESPERADA

*del Hoyo Aretxabala, Izaskun; Uriarte Vergara, Beatriz; Cruz González, María Inmaculada; Pérez de Villarreal Amilburu, Patricia; Dolores Galán Rivera, María; Azpiazu Arnaiz, Pilar; Partearroyo Sainz de la Maza, Natividad; Loizate Totoricaguena, Alberto*

*Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.*

### Resumen

**Introducción:** La incontinencia fecal es un motivo de consulta en Coloproctología (no tan frecuente como lo es su incidencia) y a menudo la causa no es única sino múltiple. En mujeres mayores de 60 años este problema es aún más frecuente debido a las lesiones esfinterianas obstétricas y progresiva debilidad de las estructuras del suelo pélvico. Los síntomas son muy variados y pueden variar desde escape de gases hasta salida de heces de manera involuntaria, originando una incapacidad importante, en todos los ámbitos de la vida para la persona que lo padece. El tratamiento no es fácil, y a menudo infructuoso, englobando diferentes opciones desde modificaciones en la dieta, fármacos antidiarreicos y agentes formadores de masa, bio-feedback (re-educación de esfínteres) a diferentes técnicas quirúrgicas.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 60 años, con antecedentes de artritis reumatoide y parto vaginal en el que se realizó episiotomía con desgarró de esfínteres. Acude a consultas de Coloproctología por rectorragia escasa, aumento del número de deposiciones e incontinencia fecal ocasional. En el tacto rectal se objetiva un pequeño rectocele anterior, ligera hipotonía esfinteriana, poca fuerza al apretado, no masas internas. Dedil manchado de heces de consistencia normal. Se solicita ECO endoanal informada como: canal anal acortado, defecto parcial del esfínter interno que se encuentra asimétrico en general y con defecto posterior entre las 3 y las 9 horas en litotomía en su porción más superficial. Colonoscopia: Se progresa bajo visión por un colon adecuadamente preparado hasta llegar a ciego, que se identifica con claridad, apreciándose en todo el recorrido una mucosa de características normales. Se toman muestras aleatorias. Anatomía patológica compatible con colitis linfocítica. Se instauró tratamiento con budesonida y actualmente presenta mejoría de la sintomatología y sigue controles en consultas de Digestivo.

**Discusión:** La colitis linfocítica junto a la colitis colágena son enfermedades que se incluyen en el espectro de colitis microscópica. Su síntoma fundamental es la diarrea crónica acuosa, urgencia e incontinencia fecal. El pico de incidencia se observa en mujeres de más de 60 años, grupo poblacional en el que se asocia diferentes grados de debilidad del suelo pélvico y ocasionalmente lesiones esfinterianas obstétricas. Además las colitis microscópicas se asocian a determinadas enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide. Por todo ello el diagnóstico no es sencillo. La colonoscopia es macroscópicamente normal y la toma de biopsias de diferentes tramos del colon (sobre todo del colon transverso) nos permitirá establecer el diagnóstico y posterior tratamiento con fármacos evitando así la realización de pruebas complementarias innecesarias e incluso tratamientos quirúrgicos.