

Incontinencia anal

D. Arribas del Amo, E. Córdoba Díaz de Laspra, A. Latorre Sahún y R. Arribas del Amo

Servicio de Cirugía General. Hospital Comarcal de Alcañiz. Teruel.

La incontinencia fecal es un problema de prevalencia desconocida, que puede afectar a personas de cualquier edad y sexo. Es un síntoma incapacitante para quienes la padecen, limitando sus actividades laborales y sociales y disminuyendo su autoestima. Tiene además una gran repercusión económica, debido al coste derivado de su diagnóstico y tratamiento, debido a su aumento con el envejecimiento de la población. La correcta realización de la historia clínica y la exploración física orientan el diagnóstico etiológico, las exploraciones complementarias a realizar y el tratamiento. Dicho tratamiento deberá individualizarse en cada paciente y tendrá como objetivo mejorar su calidad de vida.

En el presente artículo se realiza una revisión de las causas de incontinencia fecal, la valoración del paciente incontinent, las exploraciones complementarias que pueden ser útiles y las distintas opciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas.

Palabras clave: incontinencia fecal, valoración clínica, tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal o anal se define como la pérdida del control voluntario de la liberación de heces o gases, cuando afecta a personas de más de cuatro años de edad y durante un tiempo superior a 1 mes¹. Es un problema que afecta a hombres y mujeres de todas las edades, aunque su auténtica prevalencia se desconoce, debido a que sigue siendo un tema "tabú", que se oculta incluso a los profesionales médicos². En estudios poblacionales su prevalencia ha sido estimada en el 2,2%³, pero en poblaciones geriátricas institucionalizadas puede alcanzar el 60%⁴. La edad avanzada, el deterioro del estado físico y el sexo femenino se asocian con una mayor prevalencia de incontinencia³.

La incontinencia es un síntoma física y psíquicamente incapacitante para aquellos que la padecen, disminuyendo su autoestima y limitando sus actividades laborales y sociales^{5,6}.

Fecal incontinence is a problem having an unknown prevalence, that may affect persons of any age and gender. It is an incapacitating symptom for those who suffer it, limiting their work and social activities and decreasing their self-esteem. It also has a large economic repercussion, given the cost arising from its diagnosis and treatment, due to its increase with aging of the population. The correct performance of the clinical history and physical examination orients the etiological diagnosis, complementary examinations to be performed, and treatment. This treatment should be individualized in each patient and should have the objective of improving their quality of life.

In this article, a review is made of the fecal incontinence causes, assessment of the incontinent patient, complementary examinations that can be useful and different medical as well as surgical therapeutic options.

Key words: fecal incontinence, clinical assessment, treatment.

Últimamente ha surgido un gran interés por la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con incontinencia, habiendo desarrollado cuestionarios como el de Rockwood⁷ o el Cuestionario de Objetivos de McLeod⁸, que valoran la repercusión de la incontinencia sobre estos aspectos.

La incontinencia anal tiene también una gran repercusión económica. Por un lado del coste económico derivado directamente de su diagnóstico y del tratamiento que precisa. De otra parte, dado que es un problema que afecta con más frecuencia a una población anciana, su prevalencia se verá aumentada con el envejecimiento de la población, siendo la segunda causa de internamiento de pacientes ancianos^{2,9,10}.

ETIOPATOGENIA

La continencia anal normal depende de factores como son:

El volumen y la consistencia de las heces que llegan al recto: un tránsito rápido o una disminución en la consistencia de las heces pueden producir incontinencia¹¹.

La normal distensibilidad rectal: cuando disminuye, como sucede en la enfermedad inflamatoria o en la colitis isquémica, se experimenta la necesidad imperiosa de defecar¹².

Una sensibilidad rectal también normal, que permite percibir la presencia de heces en recto y sus características

Correspondencia: D. Arribas del Amo
Lasierra Purroy n.º 118, 4.º E.
50007 Zaragoza.
Correo electrónico: lolada@terra.es

Recibido el 30-03-03; aceptado para su publicación el 15-07-03.

(sólidas, líquidas o gases); el deterioro de la sensibilidad que sucede, por ejemplo, en pacientes ancianos o diabéticos, es causa de incontinencia¹².

La integridad y el tono esfinteriano: el esfínter interno, de fibra lisa y sin control voluntario, es responsable del 85% del tono esfinteriano en reposo, mientras que el esfínter externo es responsable de la continencia voluntaria¹³.

Diversos mecanismos (tabla 1), por sí solos o en combinación entre sí, pueden ser responsables de la incontinencia anal^{9-12,14}. La causa más frecuente en nuestro medio es el daño del suelo pélvico durante el parto (tanto por daño del esfínter anal como por lesión de los nervios pudendos), seguida de la cirugía anal previa (sobre todo el tratamiento de fistulas anales).

Valoración del paciente con incontinencia

Historia clínica

Al realizar la historia clínica (tabla 2) deberemos interrogar al paciente sobre sus antecedentes obstétricos, cirugía anorrectal previa, diabetes mellitus o enfermedades neurológicas.

En cuanto a la incontinencia, en primer lugar debaremos distinguir:

- El ensuciamiento de la ropa interior, asociado generalmente a disfunción del esfínter interno o a impactación fecal rectal¹³.

- La imposibilidad para el control de la urgencia defecatoria, debida a disfunción del esfínter externo y asociada en muchas ocasiones a incontinencia urinaria¹³.

Deberemos considerar también si la incontinencia es:

- Completa o mayor, esto es, con pérdida de control tanto para heces sólidas como líquidas y gases.
- Incompleta o parcial o menor, cuando únicamente se pierde la continencia para gases o heces líquidas.

Browning y Parks¹⁵ clasifican la incontinencia en cuatro grados:

- 1) Continencia normal.
- 2) Incontinencia para gases.
- 3) Incontinencia para heces líquidas.
- 4) Incontinencia completa.

Tabla 1. Etiología de la incontinencia anal

Suelo pélvico anormal

Traumatismo esfinteriano (lesiones por empalmamiento, cuerpos extraños rectales, fracturas pélvicas)
Daño obstétrico
Cirugía anal previa
Patología anorrectal (prolapso, hemorroides)
Denervaración del suelo pélvico (neuropatía pudenda)
Anomalías congénitas (ano imperforado, enfermedad de Hirschprung)

Suelo pélvico normal

Alteración de la consistencia de las heces (diarrea crónica, abuso de laxantes)
Alteraciones de la sensibilidad rectal (neuropatías, demencia, daño espinal, impactación fecal)
Alteración de la distensibilidad rectal (enfermedad inflamatoria, enfermedades del colágeno, neoplasias, cirugía rectal previa)

Por último, deberemos valorar el número de episodios de incontinencia. Para ello pueden ser útiles sistemas de puntuación como el Wexner¹² (tabla 3) o el de Vaizey¹⁶ (tabla 3), que nos permitirán valorar los resultados del tratamiento instaurado.

Para obtener toda esta información del paciente incontinente puede ser recomendable que elabore un diario de síntomas¹.

Exploración física

Iniciaremos el examen¹⁷ con la inspección del margen anal, buscando:

- Cambios cutáneos asociados con incontinencia, como pueden ser maceración, eritema, candidiasis.

- Patología anorrectal: hemorroides, prolapo, fistula; para la correcta evaluación del prolapo rectal o prolapo hemoroidal puede ser preciso que solicitemos al paciente que, en posición de cuclillas, realice maniobras de Valsalva.

- Cicatrices de cirugía anorrectal previa o episiotomías.

Deberemos proseguir el examen con la realización del tacto rectal, obteniendo datos tan valiosos para la evaluación de la incontinencia como son:

- Tono esfinteriano en reposo (evalúa el esfínter interno).

Tabla 2. Valoración del paciente con incontinencia

Historia

Antecedentes obstétricos (número de partos, episiotomías, uso de fórceps, parto prolongado)

Cirugía anorrectal previa

Problemas médicos (diabetes, enfermedades neurológicas, enfermedades digestivas, etc.)

Hábito intestinal (consistencia de las heces y frecuencia de las deposiciones)

Tipo de incontinencia

Ensuciamiento de ropa interior

Incontinencia

A (ninguna)

B (gases)

C (heces líquidas)

D (completa)

Frecuencia de los episodios de incontinencia

	Gas	Heces líquidas	Heces sólidas
--	-----	----------------	---------------

> 1 vez/día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

< 1 vez/día, > 1 vez/semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

< 1 vez/semana, > 1 vez/mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

< 1 vez/mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Uso de compresas

Nunca	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------

Habitualmente	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------

De día	<input type="checkbox"/>	Por la noche	<input type="checkbox"/>	Ambos	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------	--------------------------

Limitación

Física	<input type="checkbox"/>	Social	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------	--------------------------

Nunca	<input type="checkbox"/>	Raramente	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------

Habitualmente	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	---------	--------------------------

Exploración

Patología anal (hemorroides, prolapo, fisuras)

Cicatrices (cirugía anal previa, episiotomía)

Tacto rectal

Tono esfinteriano en reposo y durante la contracción

Defectos en el esfínter

Masas rectales

Impactación fecal

Tabla 3. Escalas de valoración de la severidad de la incontinencia**A) Escala de severidad de la incontinencia de Wexner**

	Nunca (nunca)	Raramente < 1 vez al mes	A veces > 1 vez al mes < 1 vez a la semana	Habitualmente > 1 vez a la semana < 1 vez al día	Siempre > 1 vez al día
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Precisa compresa	0	1	2	3	4
Interfiere vida social	0	1	2	3	4

Una puntuación de 0 supone una continencia normal y 20 la incontinencia completa

B) Escala de severidad de la incontinencia de Vaizey

	Nunca (nunca)	Raramente < 1 vez al mes	A veces > 1 vez al mes < 1 vez a la semana	Habitualmente > 1 vez a la semana < 1 vez al día	Siempre > 1 vez al día
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Interfiere vida social	0	1	2	3	4
Usa compresas			No		Sí
Usa antidiarreicos			0		2
Imposibilidad diferir defecación 15 min			0		2
Una puntuación de 0 supone una continencia normal y 24 la incontinencia completa			0		4

- Tono esfinteriano durante la contracción (evalúa el esfínter externo).
- Defectos en el esfínter.
- Presencia de masas rectales o impactación fecal.

En caso de que dudemos de estar ante una verdadera incontinencia, una prueba sencilla que nos la confirmará es la administración de un enema, valorando la continencia al mismo.

Exploraciones complementarias

Si bien una correcta historia clínica y exploración física pueden ser suficientes para confirmar la presencia del síntoma del que nos ocupamos y orientar su diagnóstico etiológico, podemos realizar distintas exploraciones complementarias para confirmar la etiología, orientar el tratamiento o establecer un pronóstico (tabla 4). No en todos

los pacientes serán precisas todas las exploraciones y deberemos seleccionarlas en función de la historia referida por el paciente y la exploración efectuada por nosotros. Entre estas exploraciones se encuentran:

1) *Coprocultivo*, cuya realización está indicada en pacientes con diarrea. Si el paciente refiere haber tomado antibióticos en los 6 meses previos deberemos determinar la presencia de toxina de *Clostridium difficile* en heces. Una dosis única de cefalosporinas puede ser suficiente para producir una diarrea por *Clostridium difficile*¹⁸.

2) *Rectosigmoidoscopia*, rígida o flexible, para examinar la mucosa recto-anal. Si queremos excluir la presencia de patología colónica proximal deberemos solicitar una colonoscopia¹.

3) *Manometría anorrectal*^{1,19,20}. Prueba útil para detectar los déficit funcionales de los esfínteres, así como para valorar la distensibilidad y la sensibilidad rectal.

– Perfil presivo del canal anal. Se valora la presión basal, la presión máxima de contracción voluntaria y la longitud del canal anal. Para ello se utiliza una sonda de poco calibre, marcada cada 0,5 cm para identificar su posición, con cuatro catéteres por los que se perfunde agua bidestilada a flujo constante. Esta sonda se introduce 10 cm y se va retirando progresivamente, a intervalos de 1 cm, obteniendo los registros de presión basales y tras contracción en cada nivel. La longitud de canal anal se define como aquella en la que las presiones de reposo son iguales o mayores de 20 mmHg.

– Reflejo rectoanal inhibitorio. Incremento en la presión del canal anal, seguido de un descenso en la misma, como consecuencia de la distensión rectal con un pequeño volumen. Para evaluarlo utilizaremos una sonda con cuatro

Tabla 4. Exploraciones complementarias en la incontinencia anal

Coprocultivo (incluyendo toxina <i>Clostridium difficile</i>)
Rectosigmoidoscopia (y colonoscopia en casos con sospecha de patología colónica)
Manometría anorrectal
Pruebas de imagen
Ecografía endoanal
RMN
Videodefecografía
Estudios electrofisiológicos
Latencia nervios pudendos
Electromiografía
Prueba de sensibilidad de mucosa anal

En negrita las pruebas de mayor repercusión en la correcta evaluación del paciente incontinente; RMN: resonancia magnética nuclear.

catéteres y un balón de látex de 5–5 cm, que se va hincha mediante emboladas de 10 ml de aire hasta que es desencadenado.

- Sensibilidad y distensibilidad rectal. Con ayuda de un balón de látex, que se va hincha con agua templada (emboladas de 50 ml hasta alcanzar 250 ml) valoraremos:

- El mínimo volumen que produce sensación de ocupación rectal.

- El mínimo volumen que produce sensación de defecación transitoria o permanente.

- La distensibilidad rectal, que mide los cambios en la presión en relación al aumento de volumen.

Puede realizarse además una manometría continua, que permite valorar la actividad motora del sigma, el recto y el canal anal durante 24 horas.

4) *Ecografía endoanal*^{1,17,21,22}. Es la exploración de mayor ayuda a la hora de planificar el tratamiento quirúrgico, puesto que en manos experimentadas su sensibilidad y especificidad en la detección de lesiones esfinterianas alcanzan el 100%¹⁴. Se realiza con una sonda de 15 mm de diámetro, con rotación de 360° y 10 mHz de frecuencia.

5) *Resonancia nuclear magnética con sonda endoanal*. Técnica superior a la ecografía endoanal en la detección de lesiones del esfínter externo, pero con peores resultados para definir las del esfínter interno¹⁹. Un trabajo reciente sugiere que podría sustituir a la defecografía en la valoración funcional del suelo pélvico²³.

6) *Videodefecografía*^{1,24}. Tras la introducción en el recto de una solución pastosa de bario se realizan radiografías y grabación en video de la defecación. Permite valorar el ángulo anorrectal o anomalías como invaginación, rectocele, etc.

7) *Latencia motora de nervios pudendos*¹⁹. Permite valorar la inervación esfinteriana, aunque un resultado normal no excluye la lesión. Para ello se realiza la estimulación del nervio pudendo transanal, mediante un electrodo especialmente diseñado para este fin, y se mide el tiempo en el que se produce la respuesta del esfínter externo.

8) *Electromiografía*^{1,10}. Valora la funcionalidad del esfínter anal y la musculatura del suelo pélvico, permitiendo establecer la presencia de daño neurológico.

9) *Prueba de sensibilidad de mucosa rectal*^{1,10}. La sensibilidad rectal está implicada en la diferenciación de la llegada al recto de gas o heces sólidas o líquidas. Puede ser valorada a través de la electrosensibilidad de la mucosa o su sensibilidad térmica.

Tratamiento

El tratamiento del paciente con incontinencia también debe ser individualizado, siendo su objetivo principal mejorar su calidad de vida (tabla 5). Logicamente, si se diagnostican trastornos del aparato digestivo como enfermedad inflamatoria, neoplasias, prolaps rectal o hemorroides, el tratamiento deberá ser etiológico.

Tratamiento no quirúrgico

Muchos pacientes podrán mejorar de su incontinencia con aplicación de medidas no quirúrgicas:

Tabla 5. Opciones en el tratamiento de la incontinencia anal

Tratamiento no quirúrgico

- Fibra

- Antidiarreicos

- Enemas

- Biofeedback

Tratamiento quirúrgico

- Tratamiento de la patología anorrectal (prolapso, hemoroides)

- Reparación esfinteriana (esfinteroplastia)

- Creación de un nuevo esfínter

- Graciloplastia dinámica

- Esfínter artificial

- Neuromodulación sacra

- Colostomía

1) *Medidas dietéticas*. Recomendaremos a nuestros pacientes limitar el consumo de lácteos, alcohol o cafeína e incrementar el de fibra y agua.

2) *Tratamiento farmacológico*. Podrán ser útiles:

- Fármacos incrementadores del bolo fecal.

- Antidiarreicos, como la loperamida, que enlentece el tránsito, aumenta la absorción del contenido líquido de las heces, disminuye la secreción mucosa e incrementa el tono del esfínter anal.

- La amitriptilina, cuyo mecanismo de acción no está claro.

3) *Enemas*. Pueden administrarse con el objeto de vaciar la ampolla rectal y evitar así el ensuciamiento o “accidentes” cuando el paciente realiza actividades laborales o sociales.

4) *Biofeedback*^{4,11,14,17}. Los ejercicios de contracción del esfínter son recomendables, pero como medida aislada son insuficientes. Las técnicas de biofeedback son más utilizadas, pero sólo son útiles en pacientes motivados que conservan la sensibilidad rectal y capacidad de contracción del esfínter, aunque éste esté lesionado. Estas técnicas consisten en enseñar al paciente del mecanismo de la continencia. Para ello se simula la llegada de heces al recto mediante un balón que se hincha con aire y cuando el paciente nota la sensación de ocupación rectal debe realizar una contracción esfinteriana. Estos ejercicios se realizan bajo control manométrico, electromiográfico o ecográfico.

Tratamiento quirúrgico

La cirugía es el mejor tratamiento para pacientes con incontinencia severa, una vez que han fracasado las medidas no quirúrgicas^{4,9,10,14,17}.

1) *Reparación del esfínter (esfinteroplastia)*. Es la técnica más frecuentemente utilizada cuando existe una lesión esfinteriana y sus resultados son buenos cuando la lesión es única y no existe daño neurológico.

2) *Reparación del suelo pélvico*. Técnicas como la plicatura anterior o posterior del suelo de la pelvis, cuya eficacia ha sido cuestionada.

3) *Transposición muscular*. Pueden emplearse músculos como el glúteo mayor, el sartorio o el palmar mayor, pero el más utilizado es el gracilis. Para mantener este músculo

en contracción continua se implanta un estimulador nervioso (graciloplastia dinámica). Puede estar indicada tras fracaso de una reparación esfinteriana o cuando se demuestra denervación del esfínter.

4) *Cerclaje anal*. Consiste en rodear el ano con un anillo de distintos materiales (alambre de plata en la clásica reparación de Thiersch, nailon, dacron). Esta técnica ha sido abandonada por las complicaciones que produce.

5) *Esfínter artificial*. En cierto modo es una técnica de cerclaje anal, pero con la capacidad de regular la apertura y cierre del manguito que rodea al ano, posibilitando la defecación cuando el paciente lo desea. Las indicaciones serían similares a las de la graciloplastia y la principal complicación es la infección.

6) *Neuromodulación sacra*. Indicada en pacientes con esfínter anatómicamente intacto pero con déficit funcional, consiste en la implantación de un electrodo para estimular las raíces sacras (S2, S3 o S4). Con una baja morbilidad, sus efectos son: incrementar la presión del canal anal, mejorar los reflejos en los que interviene el parasimpático sacro, mejora de la sensibilidad y la distensibilidad rectal.

7) *Colostomía*. Técnica paliativa cuando han fracasado otras técnicas o en algunos pacientes (por ejemplo, pacientes demenciados con incontinencia severa).

BIBLIOGRAFÍA

1. AGA technical review on anorectal testing techniques. Gastroenterology 1999;116(3):735-60.
2. Johanson JF, Lafferty J. Epidemiology of fecal incontinence: the silent affliction. Am J Gastroenterol 1996;91(1):33-6.
3. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. JAMA 1995;274:559-61.
4. Lamah M, Kumar D. Fecal incontinence. Dig Dis Sci 1999;44: 2488-99.
5. Bharucha AE. Fecal incontinence. Gastroenterology 2003;124: 1672-85.
6. Rothbarth J, Bemelman WA, Meijerink WJHJ, Stiggelbout AM, Zwinderman A, Buyze-Westerweel ME, et al. Dis Colon Rectum 2001;44(1):67-71.
7. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, Kane RL, Mavrantonis C, Thorson AG, et al. Fecal incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum 2000;43:9-17.
8. Byrne CM, Pager CK, Rex J, Roberts R, Solomon MJ. Assessment of quality of life in the treatment of patients with neuropathic fecal incontinence. Dis Colon Rectum 2002;45:1431-6.
9. Rudolph W, Galandiuk S. A practical guide to diagnosis and management of fecal incontinence. Mayo Clin Proc 2002;77:217-75.
10. Kamm MA. Faecal incontinence. BMJ 1998;316:528-32.
11. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. Dis Colon Rectum 2001;44(1):131-44.
12. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1993;36:77-97.
13. Hill J, Corson RJ, Brandon H, Redford J, Faragher B, Kiff ES. History and examination in the assessment of patients with idiopathic fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1994;37(5):473-7.
14. Parker SC, Thorsen A. Fecal incontinence. Surg Clin N Am 2002;82:1273-90.
15. Browning GG, Parks AG. Postanal repair for idiopathic faecal incontinence: correlation of clinical result and anal canal pressures. Br J Surg 1983;70:101-4.
16. Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut 1999;44:77-80.
17. Soffer EE, Hull T. Fecal incontinence: a practical approach to evaluation and treatment. Am J Gastroenterol 2000;95(8):1873-80.
18. Pazos R, Isusi A, Fernández R, Barbeito L, Bravo A, Cantón I, et al. Brote nosocomial de diarrea por *Clostridium difficile* en un servicio de cirugía vascular. Enferm Infect Microbiol Clin 2003;21(5):237-41.
19. Giordano P, Wexner SD. The assessment of fecal incontinence in women. J Am Coll Surg 2001;193:397-406.
20. Rao SSC, Patel RS. How useful are manometric test of anorectal function in the management of defecation disorders? Am J Gastroenterol 1997;92(3):469-75.
21. Bartram CI, Sultan AH. Anal endosonography in faecal incontinence. Gut 1995;37:4-6.
22. Liberman H, Faria J, Ternet CA, Blatchford GJ, Christensen MA, Thorson AG. A prospective evaluation of the value of anorectal physiology in the management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum 2001;44(11):1567-74.
23. Fletcher JG, Busse RF, Riederer SJ, Hough D, Gluecker T, Harper CM, et al. Magnetic resonance imaging of anatomic and dynamic defects of the pelvic floor in defecatory disorders. Am J Gastroenterol 2003;98(2):399-411.
24. Incontinencia anal. En: Cirugía Colorectal. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Aran Ediciones S.A., 2000; p. 145-59.