



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 132 - PREVALENCIA Y FISIOPATOLOGÍA DE LAS ALTERACIONES DE LA CONSISTENCIA FECAL Y SU IMPACTO EN LA GRAVEDAD CLÍNICA Y QOL EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

A. Raventós Villalba<sup>1</sup>, S. Carrión Bolorino<sup>1</sup>, P. Clavé Civit<sup>1,2</sup> y Ll. Mundet Pons<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de fisiología digestiva, Consorci Sanitari del Maresme, Hospital de Mataró. <sup>2</sup>Centro de Investigación Biomédica en la Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III, Barcelona.

### Resumen

#### **Póster con relevancia para la práctica clínica**

**Introducción:** La incontinencia fecal (IF) afecta hasta a un 24% de mujeres de edad media, impactando gravemente su salud y calidad de vida (QoL). Los estudios fisiopatológicos se han centrado más en las disfunciones esfinterianas y anorrectales que en el papel de las alteraciones de la consistencia fecal.

**Objetivos:** Comparar el impacto de las disfunciones esfinterianas vs. las alteraciones de la consistencia fecal en la fisiopatología, gravedad clínica y QoL en mujeres con IF.

**Métodos:** Estudio observacional transversal. Hemos evaluado la sociodemografía, antecedentes patológicos, fisiología anorrectal (manometría anorrectal HR, ecografía endoanal, neurofisiología con latencia terminal de los nervios púnicos (PNTML)) y la consistencia fecal (Escala de Bristol). En las pacientes con deposiciones Bristol  $\geq 5$  hemos realizado: a) Breath-test para detectar malabsorción de lactosa, fructosa/sorbitol y sobrecrecimiento bacteriano (SIBO), y un test empírico mediante colestiramina (4 g/12h durante 2 semanas) para evaluar la presencia de malabsorción de sales biliares. Hemos comparado la fisiología anorrectal, la gravedad clínica (Wexner/St.Mark's) y la QoL (EQ5D/FIQL) del grupo Bristol  $\geq 5$  vs. resto.

**Resultados:** Hemos estudiado 74 mujeres con IF (St. Mark's  $13 \pm 3,59$ /Wexner  $10,82 \pm 3,44$ ), edad media de  $64,81 \pm 11,96$ . El 64,38% tenían IF de urgencia, 15,06% pasiva y 19,18% ambas. El 56,2% presentaba consistencia fecal blanda Bristol  $\geq 5$  asociada a: 20,5% malabsorción de sales biliares, 17,9% malabsorción de lactosa, 14,3% SIBO y 14,3% fructosa/sorbitol. La disfunción esfinteriana de las pacientes era homogénea independientemente de la consistencia fecal. El 66,6% tenía insuficiencia del esfínter anal externo, un 38,8% del interno y un 27,7% ambos. Un 37,5% tenía el reflejo de Valsalva alterado y un 25,45% PNTML demorada. El 17,5% mostraba hipersensibilidad rectal y un 8,9% mostraba hiposensibilidad. Por el contrario, la gravedad clínica (St. Mark's) se agravaba con Bristol  $\geq 5$  ( $14,2 \pm 3$  vs.  $12,3 \pm 3,6$  p 5 ( $2,7 \pm 0,8/2,2 \pm 0,8/2,6 \pm 0,7$  vs.  $3,3 \pm 0,6/2,8 \pm 0,7/3,1 \pm 0,5$  p < 0,05); al igual que la dimensión ansiedad/depresión del EQ5D (51,6 vs. 24,7% p < 0,05).

**Conclusiones:** Más del 50% de las pacientes con IF presentan heces excesivamente blandas Bristol  $\geq 5$ . La disfunción esfinteriana es grave y similar entre las pacientes con o sin heces blandas, pero la presencia de estas empeora de forma significativa la severidad clínica y la QoL, por lo que requiere un abordaje diagnóstico y terapéutico específico.