



O-123 - GRACILOPLASTIA DINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FECAL

Puértolas Rico, Noelia

Hospital Universitari Mutua de Terrassa, Terrassa.

Resumen

Introducción: La transposición del músculo gracilis para el tratamiento de la incontinencia fecal grave fue descrita por Pickrell et al en 1952. Salmons y Vroba demostraron que las fibras musculares de tipo II pueden ser convertidas a tipo I (capaces de mantener una contracción permanente) tras ser sometidas a estimulación eléctrica crónica. Posteriormente Beaten et al desarrollaron la técnica con electrodos intramusculares conectados a un generador eléctrico. Actualmente es una alternativa terapéutica de alta complejidad en el tratamiento de la incontinencia fecal.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica empleada y evaluar los resultados funcionales y de morbilidad en nuestra serie.

Métodos: Mediante 3 incisiones pequeñas en la parte interna del muslo, se moviliza el músculo gracilis seccionando el tendón en su inserción tibial, y proximalmente se identifica el pedículo vasculo-nervioso. Dos electrodos se anclan en el músculo junto a la entrada del nervio. A través de 2 incisiones perianales laterales se rodea el ano pudiéndose realizar varias disposiciones y suturando el tendón al periostio de la tuberosidad isquiática. El estimulador se coloca en un bolsillo subcutáneo en el abdomen y se conecta con los electrodos. Revisión retrospectiva. Análisis descriptivo: mediana y rango.

Resultados: Desde julio 1982 hasta marzo 2015 se intervinieron 21 pacientes. Edad: 50 (9-70). 7 hombres y 14 mujeres. Etiología: traumatismo perianal extenso (4), incontinencia asociada a malformación anorrectal congénita (3), multifactorial con fracaso terapéutico a otras alternativas (8) y pacientes con síndrome de resección anterior baja de recto tratados con graciloplastia previo a la aparición de la neuromodulación sacra (6). El 57% de los pacientes había recibido tratamientos previos, tales como, esfinteroplastia (7), biofeedback (3), SNS (3). Cinco pacientes (23%) eran portadores de colostomía antes de realizarse la graciloplastia. La distribución de frecuencias del tipo de trasposición del músculo fue: 65,2% en disposición gamma, 34,7% en disposición alfa. 2 pacientes requirieron la transposición de 2 gracilis. Tiempo quirúrgico: 120 minutos (90-240). Se presentaron 21 complicaciones en 8 pacientes (8/21), y se tuvieron que reintervenir 4 pacientes. Complicaciones agudas: 4 dolor, 5 infecciones, 3 hematomas, 2 perforaciones rectales. Complicaciones tardías: dolor en la zona de estimulación (4), parestesias (1), defecación obstructiva (2). Actualmente tenemos 2 pacientes en proceso de entrenamiento del músculo, por lo que quedan excluidos de la valoración de

eficacia clínica. Con una mediana de 174 meses (1-398), hay 12/19 pacientes con la graciloplastia activa y con un funcionamiento óptimo. La valoración subjetiva mediana del estado de continencia es favorable: 7/10 (6-9). Se objetiva en la anamnesis una mejoría significativa de la continencia, persistiendo incontinencia a gases y líquidos muy ocasional en la mayoría de los pacientes.

Conclusiones: A pesar de la complejidad que implica la cirugía, la graciloplastia dinámica debe contemplarse dentro del algoritmo terapéutico de la incontinencia fecal cuando han fracasado otras medidas terapéuticas y cuando el aparato esfinteriano está completamente desestructurado, antes de la realización de un estoma. Debería realizarse en centros con experiencia.