

EDITORIAL

Estado actual de la neuromodulación sacra en el tratamiento de la incontinencia anal

Dr. Carlos Miguel Lumi, Dr. Omar Rubén Miravalle

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología

La incontinencia anal es la incapacidad de diferir el acto evacuatorio, impidiendo el control voluntario del vaciado rectal. Es importante recalcar que es más correcto el término incontinencia anal que fecal, ya que la última no abarcaría la incontinencia de gases sino sólo la pérdida de materia fecal. Esta patología, que afecta severamente la calidad de vida y tiene una incidencia que oscila entre el 8-21%, con un subregistro considerable. Múltiples factores están relacionados con su etiología: obstétricos, traumáticos, quirúrgicos, lesión nerviosa, injuria medular, trastornos mentales y alteraciones en la consistencia de la materia fecal.

En caso de que el paciente continúe con síntomas luego de los tratamientos iniciales, como dieta astringente, restricción hídrica, loperamida, amitriptilina, *biofeedback* o sesiones de kinesiología del piso pelviano, se abre un abanico de posibilidades de tratamientos que incluye: a) esfinteroplastias; b) tratamientos alternativos con sustancias de abultamiento anal, radiofrecuencia; c) colocación de dispositivos para evitar el vaciado involuntario del recto (esfínter anal artificial magnético, *vaginal bowel system*, *anal insert device*, *plug anal*); d) enemas retrógrados con dispositivos fabricados por la industria con tal fin, e) enemas anterógrados por cecostomía percutánea, f) estimulación eléctrica de las raíces sacras o del nervio tibial posterior; g) administración de células madre o plasma rico en plaquetas (PRP); h) derivación u ostomía. No es el objetivo de esta editorial abarcar las últimas novedades sobre cada tratamiento, sino realizar una reflexión sobre la actualidad del manejo de la incontinencia anal por medio de la neuromodulación sacra.

Es importante mencionar que existe heterogeneidad, tanto en la clasificación de la severidad como en la evaluación de los resultados de cualquier terapia de la incontinencia. Es complejo comparar estudios e interpretar sus resultados cuando los autores usan distintas clasificaciones y definiciones de éxito. Muchos consideran exitoso a un tratamiento que logra una mejora superior al 50%, lo cual puede subestimar la relevancia clínica de los síntomas residuales del paciente.

Si bien no existe un *gold standard* en el tratamiento de la incontinencia anal, es inevitable hacer mención a la neuromodulación sacra, ya que probablemente va camino a serlo, debido a los buenos resultados obtenidos en todo el mundo. Es

una terapéutica con más ventajas que desventajas, por lo que, en cierta forma, ocupa un lugar central en el tratamiento de estos pacientes, con una efectividad a corto, mediano y largo plazo que se acerca al 88%.¹⁻⁴ Posee cada vez menos contraindicaciones, gracias al desarrollo de nuevos dispositivos (cables y generadores) compatibles con la resonancia magnética. En nuestra experiencia personal, hemos colocado implantes de neuromoduladores sacros a más de 40 pacientes, obteniendo resultados muy favorables y alcanzando, en muchos casos, la continencia perfecta, incluso en aquellos pacientes con incontinencia de orina asociada. Hemos implantado neuroestimuladores a pacientes con etiologías menos frecuentes que el trauma obstétrico, tales como lesión medular, ano imperforado, síndrome de resección anterior baja (LARS)⁵⁻⁷ y esclerosis múltiple, patologías que suelen tener una predicción de éxito baja con el tratamiento. Sin embargo, en nuestra experiencia, se alcanzaron niveles de mejoría muy altos, con continencia casi perfecta en numerosos casos e incluso continencia completa en algunos pacientes. Cada vez surgen más indicaciones para esta técnica, con resultados muy favorables, como, por ejemplo, en pacientes con LARS.

El éxito del tratamiento no depende únicamente del dispositivo colocado, sino de una indicación precisa en el paciente adecuado y, sobre todo, de una correcta técnica quirúrgica. Es fundamental colocar el electrodo cuatripolar con la mayor precisión posible, asegurando su íntimo contacto con el nervio sacro S3 a lo largo de todo su trayecto.^{8,9} Esta destreza se adquiere con la experiencia, tras múltiples y sucesivos implantes, y con la capacitación profesional junto a referentes internacionales de España, Estados Unidos, Colombia, Puerto Rico, Brasil y Estrasburgo, Francia (IRCAD France). No recomendamos que un profesional sin experiencia realice un primer implante de este dispositivo sin la ayuda o guía de alguien experimentado en neuromodulación sacra, ya que de la correcta colocación depende el resultado del tratamiento. Sin dudas, el principal factor limitante es su costo, cuyo impacto económico es cada vez mayor en nuestro país. Si bien la neuromodulación sacra es una terapia atractiva y con resultados que entusiasman a quienes la practican, no compartimos la postura de algunos colegas que la indican en cualquier paciente, sin considerar la causa ni la severidad, incluso en casos

de incontinencia a gases. Varios autores demostraron que la neuromodulación sacra es también efectiva en pacientes con un defecto muscular que no ha sido reparado previamente, siendo los resultados similares a aquellos que se sometieron a una reconstrucción previa del esfínter. Este es otro punto a tener en cuenta, ya que, dadas las dificultades para obtener la aprobación del dispositivo por su alto costo en nuestro país, resulta poco factible implantarlo en pacientes con sección esfíntérica no reparada. En Argentina, la neuromodulación en este contexto es prácticamente inviable, pues los sistemas de salud, obras sociales y medicinas prepagas, suelen exigir que se hayan agotado previamente todas las alternativas terapéuticas antes de autorizar su cobertura.

Por todo lo anteriormente mencionado, consideramos que la neuromodulación sacra es, probablemente, el mejor tratamiento que se pueda ofrecer a nuestros pacientes. Sin embargo, aunque la neuromodulación llegó para quedarse, la esfinteroplastia no ha desaparecido, al menos en Argentina. Es necesario evaluar minuciosamente cada caso y no generalizar, ya que no todo es para todos.

REFERENCIAS

1. Lumi CM, Muñoz JP, Miravalle OR, et al. Neuromodulación. sacra. Resultados a largo plazo. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2016;46(2):82-94.
2. Bordeianou LG, Thorsen AJ, Keller DS, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(5):647-661.
3. Matzel KE, Stadelmaier U, Hohenfellner M, Gall FP. Electrical stimulation of sacral spinal nerves for treatment of faecal incontinence. *Lancet*. 1995;346(8983):1124-1127.
4. Matzel KE, Stadelmaier U, Hohenfellner M, Gall FP. Permanente Elektrostimulation der sacralen Spinalnerven mit einem implantierbaren Neurostimulator zur Behandlung von Stuhlinkontinenz [Permanent electrostimulation of sacral spinal nerves with an implantable neurostimulator in treatment of fecal incontinence]. *Chirurg*. 1995;66(8):813-817.
5. Marinello F, Fraccalvieri D, Planellas P, et al. Sacral Neuromodulation in Patients With Low Anterior Resection Syndrome: The SANLARS Randomized Clinical Trial. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(3):435-447.
6. Ramage L, Qiu S, Kontovounisios C, Tekkis P, Rasheed S, Tan E. A systematic review of sacral nerve stimulation for low anterior resection syndrome. *Colorectal Dis*. 2015;17(9):762-771.
7. Ram E, Meyer R, Carter D, Gutman M, Rosin D, Horesh N. The efficacy of sacral neuromodulation in the treatment of low anterior resection syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2020;24(8):803-815.
8. Chew SS, Sundaraj R, Adams W. Sacral transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of idiopathic faecal incontinence. *Colorectal Dis*. 2011;13(5):567-571.
9. Thin NN, Horrocks EJ, Hotouras A, et al. Systematic review of the clinical effectiveness of neuromodulation in the treatment of faecal incontinence. *Br J Surg*. 2013;100(11):1430-1447.