

# Características Clínicas de Soiling en Pacientes Postoperados de Enfermedades Anales en el Hospital General San Juan de Dios



Claudia Antón<sup>1</sup>, Manuel García MSc MACG<sup>2</sup>, María-Lorena Aguilera-Arévalo MSc MACG<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Jefe de Residentes Maestría en Cirugía, Hospital General San Juan de Dios. Universidad de San Carlos de Guatemala. <sup>2,3</sup>Departamento de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios, Guatemala. <sup>1</sup>Trabajo de Tesis Presentado a la Universidad de San Carlos. Publicación Secundaria. Autor correspondiente: Claudia Antón, claudiaanton457@gmail.com

## RESUMEN

**Introducción:** El soiling es el escape inconsciente de pequeñas cantidades de materia fecal después de una evacuación normal. Se ha reportado una prevalencia del 7-23% en otros países y se ha observado una alta incidencia después de esfinterotomías y fistulotomías (35-45%). **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional que incluyó 80 pacientes con patologías anales que acudieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios donde se aplicó un cuestionario de 8 ítems. **Resultados:** Se evaluaron 80 pacientes, la mayoría son hombres, de la quinta década. La enfermedad anal más frecuente son las hemorroides y el tratamiento quirúrgico más frecuente la hemorroidectomía. La incidencia de soiling definitivo (presencia de manchado a los 6 meses) es del 22.5%. Las variables asociadas fueron el género masculino, el tipo de enfermedad y procedimiento quirúrgico, el enrojecimiento, la picazón anal, el uso de protector en la región anal, la sensación de materia fecal y la limpieza en región anal. El ser hombre presenta un riesgo 6 veces mayor y el presentar enrojecimiento en la región anal aumenta el riesgo de 27 veces de presentar soiling definitivo. **Conclusión:** El soiling se presenta en un quinto de los pacientes que son operados de patologías anales en el Hospital General San Juan de Dios. La presencia de eritema, picazón anal, el uso de protector en la región anal, la sensación de materia fecal y la limpieza en región anal son variables estadísticamente asociadas al mismo.

**Palabras clave:** soiling, patologías anales, manchado fecal

## ABSTRACT

### Clinical Settings of Patients With Postoperative Soiling at San Juan de Dios Hospital

**Introduction:** Soiling is the unconscious escape of small amounts of fecal matter after a normal bowel movement. A prevalence of 7-23% was reported in other countries and a high incidence was observed after sphincterotomies and fistulotomies (35-45%). **Material and Methods:** An observational study that included 80 patients with anal pathologies who attended the outpatient clinic of the San Juan de Dios General Hospital during 2018-2019, where an 8-item questionnaire was applied. **Results:** Eighty patients were evaluated, the majority are men, in their fifth decade. The most common anal disease is hemorrhoids, and the most common surgical treatment is hemorrhoidectomy. The incidence of definitive soiling (presence of spotting at 6 months) is 22.5%. The variables associated with definitive soiling were male gender, type of disease and surgical procedure, redness, anal itching, use of a protector in the anal region, the sensation of fecal matter, and cleanliness in the anal region. Being male presents a 6 times greater risk of definitive soiling and having redness in the anal region presents a 27 times greater risk of definitive soiling. **Conclusion:** Soiling occurs in a fifth of the patients operated for anal pathologies at the San Juan de Dios General Hospital. The presence of erythema, anal itching, the use of a protector in the anal region, the sensation of stool, and cleanliness in the anal region are statistically associated variables with soiling.

**Key Words:** soiling, anal pathologies, fecal spotting

## INTRODUCCIÓN

El escurrimiento fecal o “soiling” es el escape inconsciente de pequeñas cantidades de materia fecal después de una evacuación normal. La palabra “soiling” se define operacionalmente, como la descarga fecal involuntaria por lo menos de una vez por semana, con un volumen de dos cucharadas soperas sin estar consciente, seguida de una evacuación normal junto con la presencia de manchado de ropa interior.

Este problema se ha encontrado en pacientes con disineria del piso pélvico, pacientes con enfermedad hemorroidal que son operados y desarrollan cicatrices hipertroóficas y pacientes que desarrollan el defecto en ojo de

cerradura que es característico de una esfinterotomía. Se ha reportado una prevalencia del 7-23% de “soiling” en otros países y se ha observado una alta incidencia después de esfinterotomías y fistulotomías (35-45%)<sup>1</sup>.

El escurrimiento fecal es diagnosticado, la mayoría de las veces, de acuerdo con el criterio médico de quien realiza la evaluación. Actualmente, no existe una definición concluyente ni una evaluación consistente ni una herramienta con la que se pueda medir el soiling.<sup>1</sup>

Este problema se observó en pacientes post operados de patologías anales en la consulta externa de coloproctolo-

gía del Hospital General San Juan de Dios en Guatemala. Se realizó una búsqueda y no se encontró en la literatura nacional ningún estudio sobre este tema, por lo tanto, los datos son desconocidos. Es necesario realizar estudios que evalúen los síntomas relacionados con el escurrimiento fecal y la calidad de vida de estos pacientes para tener una valoración objetiva del impacto que tiene sobre los pacientes.

Los objetivos de este estudio son, conocer la incidencia de este problema, validar el instrumento de medición con los pacientes del Hospital General San Juan de Dios e identificar las características que más frecuentemente se presentan en los pacientes según sexo, grupo étnico, patología anal de base y procedimiento quirúrgico.

### METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo en donde se aplicó una encuesta con una sección de datos generales y antecedentes y una sección de 8 ítems a responder, en la cual se evaluó el manchado de ropa interior, eritema anal, cicatriz, prurito, el uso de material para proteger el ano, la alimentación, la presencia de materia fecal en el ano y la limpieza de la región anal sin haber evacuado a todos los pacientes que han sido operados de hemorroides, fístulas anales, fisuras anales y drenajes de abscesos en ano en el Hospital General San Juan de Dios en los años 2018-2019.

La encuesta se aplicó a las 5 y 9 semanas y a los 6 meses post operatorios en la consulta externa en la clínica de colon y recto, para poder observar la evolución clínica a corto, mediano y largo plazo y poder comparar según período de evolución, sexo y tipo de enfermedad tratada y fueron recolectadas en una caja ordenadas alfabéticamente en la clínica. Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y cálculo de OR (odds ratio) con un intervalo de confianza de 95%. Las variables se sometieron a un análisis multivariado de regresión logística y las variables cuantitativas se analizaron mediante t de Student. Una p significativa se consideró cuando era menor a 0.05.

### RESULTADOS

Se estudiaron 80 pacientes con patologías anales. La mayoría son hombres, de la quinta década. La enfermedad anal más frecuente son las hemorroides y el tratamiento quirúrgico más frecuente la hemorroidectomía. (Tabla 1)

**TABLA 1. Características Generales de los pacientes con Patologías Anales**

<b>Edad</b>	
Media	45.95
Desviación Estándar	14.37
<b>Sexo</b>	
Femenino	36 (45%)
Masculino	44 (55%)
<b>Enfermedad Anal</b>	
Hemorroides	55 (68.75%)
Fisura Anal	3 (3.75%)
Fistula Perianal	14 (17.50)
Absceso Perianal	8 (10%)
<b>Tipo de Cirugía</b>	
Hemorroidectomía	55 (68.75%)
Fisurectomía	3 (3.75%)
Fistulectomía	14 (17.50)
Drenaje de Absceso	8 (10%)

Para evaluar la presencia de soiling se aplicó un cuestionario a corto (5 semanas), mediano (9 semanas) y largo plazo (6 meses). El manchado en ropa interior mejoró de casi la mitad a corto plazo a uno de cada cinco a largo plazo. El enrojecimiento anal, la picazón anal, la presencia de cicatriz anal, el uso de protector, la sensación de materia fecal y la limpieza de la región anal también mejoraron a largo plazo. La incidencia de soiling definitivo (presencia de manchado a los 6 meses) es del 22.5%. (Tabla 2)

**TABLA 2. Variables asociadas a la presencia de Soiling a corto, mediano y largo plazo.**

Pregunta	5 semanas	9 semanas	6 meses
<b>Manchado Ropa Interior</b>			
No	43 (54.43%)	55 (68.75%)	62 (77.50%)
Si	36 (45.57%)	25 (31.25%)	18 (22.50%)
<b>Enrojecimiento Anal</b>			
No	57 (71.25%)	65 (81.25%)	72 (90.00%)
Si	23 (28.75%)	15 (18.75%)	8 (10.00%)
<b>Picazón Región Anal</b>			
No	48 (60.76%)	56 (70.00%)	68 (85.00%)
Si	31 (39.24%)	24 (30.00%)	12 (15.00%)
<b>Cicatriz en región anal</b>			
No	47 (58.75%)	48 (60.00%)	58 (72.50%)
Si	33 (41.25%)	32 (40.00%)	22 (27.50%)
<b>Protector en región anal</b>			
No	62 (77.50%)	62 (77.50%)	72 (91.14%)
Si	18 (22.50%)	18 (22.50%)	7 (8.86%)
<b>Cambios Alimentación</b>			
No	34 (42.50%)	33 (41.25%)	40 (50.00%)
Si	46 (57.50%)	47 (58.75%)	40 (50.00%)
<b>Sensación de materia fecal</b>			
No	55 (69.62%)	55 (69.62%)	66 (82.50%)
Si	24 (30.38%)	25 (31.25%)	14 (17.50%)
<b>Limpieza de región anal</b>			
No	50 (62.50%)	53 (66.25%)	63 (78.75%)
Si	30 (37.50%)	27 (33.75%)	17 (21.25%)

Para la validación del instrumento, se compararon las características de los grupos de pacientes con soiling definitivo contra los que no lo presentaron. Las variables asociadas con soiling definitivo fueron el género masculi-

no, el tipo de enfermedad y procedimiento quirúrgico, el enrojecimiento, la picazón anal, el uso de protector en la región anal, la sensación de materia fecal y la limpieza en región anal. (Tabla 3)

**TABLA 3. Caracterización de pacientes con soiling definitivo (manchado en la región anal a los 6 meses)**

Soiling Definitivo	No presentaron n=62	Presentaron n=18	P
Edad	Media: 46 años	Media: 43 años	0.43
<b>Sexo</b>			
Femenino	32	4	0.033
Masculino	30	14	
<b>Enfermedad Anal</b>			
Hemorroides	46	9	0.014
Fisura Anal	0	3	
Fistula Perianal	10	4	
Absceso Perianal	6	2	
<b>Procedimiento Quirúrgico</b>			
Hemorroidectomía	46	9	0.014
Fisurectomía	0	3	
Fistulectomía	10	4	
Drenaje de Absceso	6	2	
<b>Enrojecimiento en la región anal a los 6 meses</b>			
No	60	12	0.001
Si	2	6	
<b>Picazón Anal a los 6 meses</b>			
No	58	10	0.00
Si		8	
<b>Cicatriz anal a los 6 meses</b>			
No	48	10	0.080
Si	14	8	
<b>Uso de protector anal a los 6 meses</b>			
No	58	14	0.044
Si	4	34	
<b>Cambios en Hábitos Alimenticios a los 6 meses</b>			
No	34	6	0.180
Si	28	12	
<b>Sensación de materia fecal en el ano a los 6 meses</b>			
No	57	9	0.00
Si	5	9	
<b>Limpieza en región anal sin haber ido al baño a los 6 meses</b>			
No	55	8	0.00
Si	7	10	

**TABLA 4. Variables asociadas al soiling definitivo.**

Manchado a los 6 meses	Odds Ratio	Intervalo de Confiabilidad 95%
Sexo	6.55	1.34 – 31.88
Enrojecimiento	27.41	3.55 – 211.54

Tras la evaluación de las variables individuales, se construyó un modelo multivariado; tras ajustar el modelo, las variables asociadas con "soiling" definitivo son el género masculino y el enrojecimiento. El ser hombre presenta un riesgo 6 veces mayor de soiling definitivo y el presentar enrojecimiento en la región anal presenta un riesgo de 27 veces mayor de soiling definitivo (Tabla 4).

### DISCUSIÓN

La incidencia de soiling definitivo de pacientes operados de patologías anales en el Hospital General San Juan de Dios es del 22.5%. El grupo de soiling es reportado con una prevalencia de 7 a 23% en centros del tercer nivel<sup>2</sup>.

La mayoría son hombres, de la quinta década. La literatura reporta que el soiling es más frecuente en mujeres ya que consideran que tienen más riesgo a desarrollarlo debido a factores anatómicos como el "gap" fisiológico anterior del esfínter anal externo,<sup>3-4</sup> a trastornos secundarios al embarazo y el parto, alteraciones hormonales implicadas en la hipotrofia muscular del piso pélvico posterior a la menopausia<sup>5-8</sup>. El estudio realizado en México reportó que el manchado de la ropa interior se presentó en un 68% en las mujeres y un 52% en hombres.<sup>1</sup>

La incidencia de soiling definitivo (presencia de manchado a los 6 meses) es del 22.5%. En el año 2012 se realizó observacional de casos y controles de una muestra de pacientes que acudieron a la consulta en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México en donde se concluyó que el "soiling" caracterizado como manchado de ropa interior se presenta en al menos un tercio de los pacientes operados de cirugía anal. La presencia de eritema, materia fecal en ano y una cicatriz anal asociadas hacen pensar en esta alteración<sup>1</sup>. En este estudio al comparar las características del grupo de pacientes con soiling definitivo contra los que no presentaron soiling se encontró que el género masculino, el tipo de enfermedad y procedimiento quirúrgico, el enrojecimiento, la picazón anal, el uso de protector en la región anal, la sensación de materia fecal y la limpieza en región anal están asociados a soiling, tal como está reportado en la literatura.

En cuanto al sexo, se observa que el ser hombre está estadísticamente asociado a soiling definitivo. En este estudio

el ser hombre tiene 6 veces más el riesgo de padecer de soiling. En comparación al estudio realizado en México en el 2012, ellos no encontraron diferencia significativa entre hombres y mujeres.<sup>1</sup>

La enfermedad anal más frecuente son las hemorroides y el tratamiento quirúrgico más frecuente la hemorroidectomía. La cirugía anal en conjunto con las condiciones anorrectales idiopáticas es un factor para el desarrollo de incontinencia fecal.<sup>9-11</sup> Sin embargo existen estudios que reportan que realmente, posterior a una cirugía, en los primeros meses, entre un 35-45% el trastorno posquirúrgico es soiling. Se realizaron únicamente tres fisurectomías y el 100% presentó soiling definitivo, debido a que los pacientes desarrollan una cicatriz hipertrófica o "defecto en ojo de cerradura" lo que ocasiona la sintomatología<sup>12-14</sup>.

El enrojecimiento anal se encuentra asociado significativamente al soiling definitivo tanto en este estudio como en el estudio realizado en México donde se presentó en el 22% de los casos<sup>1</sup>.

La picazón anal, el uso de protector en la región anal, la sensación de materia fecal y la limpieza en región anal son variables estadísticamente significativas en la presencia de soiling. En el estudio realizado en la Unidad de Coloproctología en México, estas variables se midieron a corto plazo y se presentaron, la picazón anal en un 61% de los casos, el uso de protector en el 42.4%, la sensación de materia fecal y la limpieza de la región anal se presentó en un 44%<sup>1</sup>.

En este estudio se consideró que un paciente presenta soiling definitivo al presentar manchado de ropa interior a los 6 meses. La presencia de enrojecimiento en la región anal a los 6 meses tiene 27 veces más el riesgo de padecer esta alteración. La presencia de cicatriz en la región anal a los 6 meses no está asociada a soiling definitivo; a diferencia del estudio realizado en México, en el cual se encontró que la cicatriz está asociada al soiling<sup>1</sup>.

Este estudio tiene varias limitaciones. Durante el trabajo de campo hubo cierre temporal de la consulta externa lo que no permitió reclutar más pacientes y se disminuyó la cirugía electiva de patologías anales lo que limitó

la población del estudio. Otra limitación fue no hacer un cuestionario preoperatorio para saber si los participantes ya padecían alguna sintomatología de soiling previo a la intervención quirúrgica. El estudio también se encuentra limitado a ser realizado en un solo hospital, ya que no podemos saber cómo se comporta el soiling en otros hospitales del país.

En conclusión, en este estudio el "soiling" se presenta en un quinto de los pacientes que son operados de patologías anales en el Hospital General San Juan de Dios. Es necesario realizar más estudios de este tipo en los otros hospitales del país para poder comparar la incidencia de esta patología y así poder tener una valoración más objetiva de estos pacientes y no solo investigar los síntomas, sino que también evaluar la calidad de vida de estos pacientes para crear una escala de evaluación que valore este trastorno de igual forma en todos los hospitales.

## REFERENCIAS

1. Carrasco-Arróniz, Miguel Ángel. Características clínicas asociadas al escurrimiento fecal "soiling" en pacientes operados de enfermedades anales. *Cirujano General* Volumen 34 Núm. 4 2012 México.
2. Nelson R, Norton N, Cautley E, Furner S. Community-based prevalence of anal incontinence. *JAMA* 1995; 274: 559.
3. Falk PM, Blatchford GJ, Cali RL et al. Transanal ultrasound and manometry in the evaluation of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 468-472. 33.
4. Law PJ, Kamm MA, Bartram CI. Anal endosonography in the investigation of faecal incontinence. *Br J Surg* 1991; 78: 312-314.
5. Law PJ, Kamm MA, Bartram CI. A comparison between electromyography and anal endosonography in mapping external anal sphincter defects. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 370-373
6. Tetzschner T, Sorensen M, Jonsson L et al. Delivery and pudendal nerve function. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 324-331.
7. Kuijpers HC, Strijk SP. Diagnosis of disturbances of continence and defecation. *Dis colon Rectum* 1984; 27: 658
8. Palmer KR, Corbett CL, Holdsworth CD. Double-blind cross-over study comparing loperamide, codeine and diphenoxylate in the treatment of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1980; 79: 1272-1275.
9. Nygaard IE, Rao SS, Dawson JD. Anal incontinence after anal sphincter disruption: a 30-year retrospective cohort study. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 896-901.
10. Johannsson HO, Graf W, Pahlman L. Long-term results of haemorrhoidectomy. *Eur J Surg* 2002; 168: 485-489.
11. Bharucha AE, Fletcher JG, Harper CM, Hough D, Daube JR, Stevens C, et al. Relationship between symptoms and disordered continence mechanisms in women with idiopathic faecal incontinence. *Gut* 2005; 54: 546-555.
12. Corman ML. *Colon & rectal surgery*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 285-337.
13. Hill J, Corson RJ, Brandon H, Redford J, Faragher EB, Kiff ES. History and examination in the assessment of patients with idiopathic fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 473-477.
14. Womack NR, Morrison JF, Williams NS. The role of pelvic floor denervation in the etiology of idiopathic faecal incontinence. *Br J Surg* 1986; 73: 404-407.