

Reparación de cloaca traumática. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Rubén Balmaceda,¹ Martín Galvarini,¹ Leonardo Affroti,¹ Javier Kerman,¹
Claudio Fermani,³ Andrés Kerman²

¹Médico de Staff y ²Jefe de Servicio de Cirugía General, Sanatorio Argentino, San Juan, Argentina. ³Jefe de Sección Coloproctología, Hospital L. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

La cloaca traumática es una disrupción completa de la pared anterior del conducto anal y el tabique rectovaginal generalmente por complicación del parto vaginal. Es poco común pero incapacitante. Si bien el tratamiento es siempre quirúrgico no hay consenso acerca de cuál es la mejor técnica a utilizar. No hallamos evidencia a favor del uso de *colgajos* y el cierre a la línea media tiene morbilidad similar o menor que las reparaciones complejas. La realización de ostomía no tiene ventajas y empeora la calidad de vida. Luego del reparo quirúrgico, existen datos acerca de un empeoramiento de la continencia a largo plazo.

Presentamos una paciente de 17 años de edad, primípara, con incontinencia fecal severa por una cloaca traumática. La reparación quirúrgica, realizada con la técnica por planos, fue diferida 9 meses. Durante el procedimiento el tabique rectovaginal remanente fue disecado y ambos músculos puborrectales suturados a la línea media para reconstruir el cuerpo perineal. Se utilizó la técnica de *overlap* para la reparación del esfínter anal y finalmente se cerraron las mucosas anal y vaginal y la piel. No se realizó ostomía desfuncionalizante. La paciente presentó buena evolución postoperatoria, externándose a los 4 días. En el seguimiento a largo plazo, continúa con buena continencia.

Palabras clave: Cloaca traumática; Lesión esfinteriana obstétrica; Incontinencia anal; Complicaciones del parto; Desgarro perineal

ABSTRACT

Traumatic cloaca is a complete disruption of the anterior aspect of the anal canal and rectovaginal septum, usually as a complication of vaginal delivery. It is a rare but disabling condition. Although the treatment is always a surgical repair, there is no consensus on the best technique to use. We found no evidence in favor of the use of flaps and midline closure has similar or lower morbidity than complex repairs. Performing an ostomy has no advantages and worsens the quality of life. After surgical repair, there is evidence of worsening long-term continence.

We present a 17-year-old primiparous patient with severe fecal incontinence due to traumatic cloaca. Surgical repair, performed with the technique by planes, was deferred for 9 months. During the procedure, the remaining rectovaginal septum was dissected and both puborectalis muscles sutured to the midline to reconstruct the perineal body. The overlapping technique was used to repair the anal sphincter and finally the anal and vaginal mucosa and skin were closed. No defunctioning ostomy was performed. The patient presented good postoperative evolution, being discharged after 4 days. At long-term follow-up, she has good continence.

Keywords: Traumatic Cloaca; Obstetric Sphincter Injury; Anal Incontinence; Childbirth Complications; Perineal Tear

INTRODUCCIÓN

Las lesiones obstétricas del esfínter anal (LOEA) causadas por partos vaginales distócicos constituyen la primera causa de incontinencia anal en mujeres jóvenes.¹ Los desgarros perineales posparto han sido clasificados por Sultan² de acuerdo a su profundidad en cuatro grados, siendo el grado 4 la disrupción total del complejo esfinteriano y la mucosa anal. La cloaca traumática es la forma más severa del desgarro perineal y se define como la lesión que incluye la pared posterior de la vagina, el tercio inferior y medio del tabique rectovaginal, el cuerpo perineal, el complejo esfinteriano, el anodermo y la mucosa rectal resultando en una abertura común para la uretra, la vagina y el ano³ (Fig. 1).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Rubén D. Balmaceda

rubenbalmaceda1@hotmail.com

Recibido: mayo de 2021. **Aceptado:** junio de 2021.

Si bien han sido descritas varias etiologías, el parto distócico es la más frecuente. La incidencia ronda los 3 casos cada 100.000 partos vaginales y los factores de riesgo son primiparidad, episiotomía mediana, uso de fórceps y recién nacido de alto peso.

Estas lesiones provocan incontinencia fecal severa e infecciones vulvovaginales a repetición, causando incapacidad y graves trastornos psicosociales. Las pacientes afectadas suelen tener mala calidad de vida y generar grandes costos relacionados al cuidado de la salud.^{1,4}

El tratamiento de la cloaca traumática debe ser siempre quirúrgico, tratando de restaurar la anatomía normal, sin embargo, aún no existe consenso acerca de la mejor técnica a utilizar. Otros aspectos del tratamiento incluyen medidas higiénico-dietéticas, *biofeedback* y soporte psicológico, generalmente utilizados para contemporizar a la paciente hasta la terapéutica definitiva.

Las técnicas más frecuentes son aquellas que utilizan



Figura 1: Aspecto externo de la cloaca traumática. Nótese la desaparición del cuerpo perineal y la apertura común de la vagina y el recto. A) Complejo esfinteriano retraído en el hemiano posterior. Pueden verse a simple vista la línea pectínea y las columnas anales. B) Borde libre del tabique rectovaginal remanente. C) Estructuras de la cara anterior de la vagina indemnes.

colgajos para evitar que el cierre de la herida operatoria quede en la línea media y disminuir el espacio muerto. Por otra parte algunos autores recomiendan técnicas sin el uso de colgajos, fundamentados en que el mecanismo de lesión conlleva una herida “lineal” sin pérdida de tejidos, con un desplazamiento lateral de la piel y los planos musculares.⁵

En este reporte de caso presentamos una paciente con un traumatismo obstétrico severo y una cloaca traumática reparada de forma exitosa con una técnica por planos sin el uso de colgajos.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 17 años consulta al servicio de ginecología por presentar incontinencia anal y flujo vaginal. Refería haber tenido un parto vaginal 7 días antes en otra institución. El parto había sido distócico, con un feto de peso elevado y se había utilizado fórceps. No refería enfermedades crónicas previas. En el examen físico se halló un peso de 147 kg, talla de 172 cm, Índice de Masa Corporal (IMC) de 49,9. Los signos vitales eran normales y no presentaba síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. En la exploración perineal se notaba una gran herida cubier-

ta de tejido de granulación en la región del cuerpo perineal. El esfínter anal se hallaba hipotónico y el ano abierto junto con una disrupción de su pared anterior, abarcando el cuerpo perineal, el complejo esfinteriano, el tercio inferior y medio del tabique rectovaginal, la mucosa vaginal, y la mucosa rectal hasta 2 cm proximales a la línea pectínea (Fig. 1). Existía también contaminación fecal de la vagina con un proceso de vaginitis. El resto del examen físico fue normal.

Se realizó ecografía endoanal y manometría anorrectal. Para la ecografía se utilizó una sonda giratoria de 10 MHz (B-K Medical®, Herlev, Dinamarca). Durante el examen ecográfico se observó un defecto anterior en el esfínter anal interno (EAI) y el esfínter anal externo (EAE) con un ángulo de 134°. Para la manometría anorrectal se utilizó una bomba hidroneumocapilar de 4 canales (Biomedik®, Neuquén, Argentina) y una sonda de perfusión de agua (Mui Scientific®, Ontario, Canadá). Informó una presión de reposo de 25 mmHg y de contracción voluntaria de 45 mmHg, con una longitud del canal anal de 10 mm.

La severidad de la incontinencia y la calidad de vida fueron evaluadas utilizando el *score* de incontinencia de la Cleveland Clinic (CCFS del inglés *Cleveland Clinic Florida – Wexner Incontinence Score*) y la versión en español de la Escala de Calidad de Vida en Incontinencia Fecal (FIQLS del inglés *Fecal Incontinence Quality of Life Scale*), respectivamente.^{6,7} El CCFS fue de 19/20 constituyendo una incontinencia severa. En la FIQLS la paciente tuvo 13 puntos en la escala de estilo de vida, 11 en la escala de comportamiento, 10 en la escala de depresión y autopercepción y 4 en la escala de vergüenza, lo que denotaba una grave alteración en su calidad de vida.

Se decidió diferir la cirugía por al menos 6 meses hasta que la herida se encontrara totalmente epitelizada, indicándose en el *interim* medidas higiénico-dietéticas y óvulos vaginales. La cirugía se realizó 9 meses después de la primera consulta. No se utilizó preparación mecánica del colon, solamente se realizó un enema de 500 cc de solución salina en quirófano. Se realizó profilaxis antibiótica con 200 mg de ciprofloxacina y 500 mg de metronidazol por vía endovenosa, 30 minutos antes de la incisión cutánea, que se mantuvo durante las primeras 72 horas del postoperatorio.

Luego del bloqueo raquídeo se colocó a la paciente en posición de litotomía y se realizó campo estéril con povidona yodada. La cirugía comenzó con una incisión transversal sobre el borde libre del tabique rectovaginal remanente, con una ligera curva de concavidad hacia el ano en ambos extremos. Se prosiguió con la disección del espacio rectovaginal hasta el plano del músculo puborrectal, respetando las mucosas vaginal y rectal (Fig. 2). En los

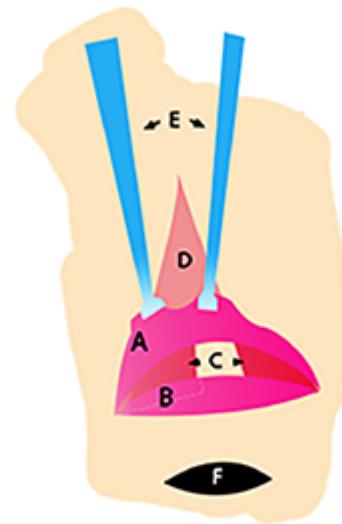
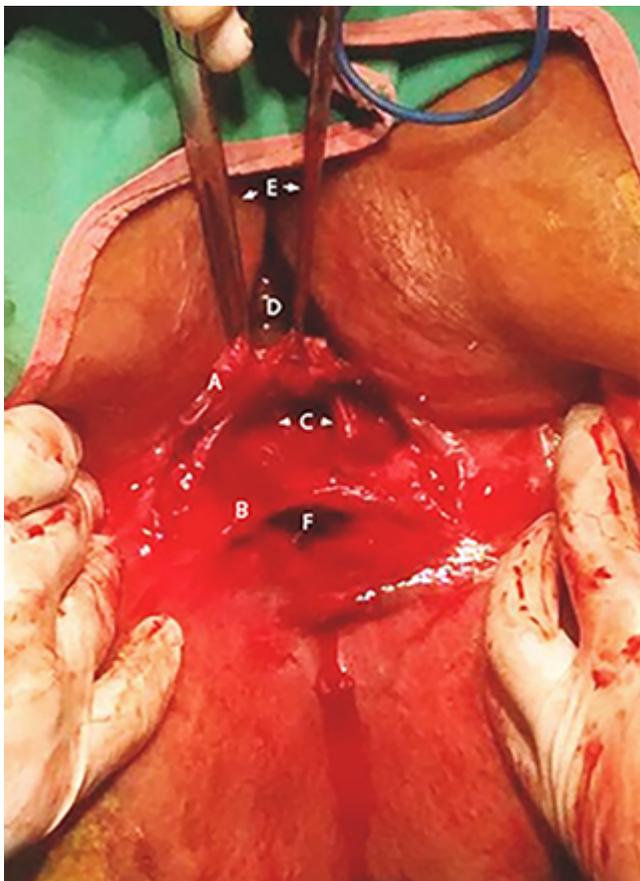


Figura 2: Disección del tabique rectovaginal. A) Colgajo de mucosa vaginal. B) Colgajo de mucosa rectal. C) Músculos puborrectales. D) Vagina. E) Pinzas Allis. F) Ano.

bordes laterales y posteriores de la incisión se realizó disección del tejido celular subcutáneo hasta encontrar los extremos seccionados del complejo esfinteriano, los cuales fueron movilizados 3 cm sin resecar la cicatriz ni intentar disecar el EAI del EAE. A continuación, se realizó la reconstrucción por planos comenzando de atrás hacia adelante: primeramente se cerró la mucosa anal con sutura continua de poliglactina 910 3-0. Luego se procedió a reparar el complejo esfinteriano con la técnica *overlap* calibrando el canal anal con el dedo índice del cirujano (Fig. 3). El *overlap* se realizó con 3 puntos separados de poliglactina 2.0 en “U” tipo “camisa sobre el pantalón”. La perineoplastia se realizó suturando ambos músculos puborrectales a la línea media con 3 puntos separados de poliglactina 2.0, luego se disecaron en un plano más superficial los músculos transversos del periné y se suturaron a la línea media con *surget* de poliglactina 3.0. La mucosa vaginal fue cerrada con sutura continua de poliglactina 3.0. La incisión transversal inicial se convirtió en una herida de piel vertical, la cual fue cerrada con sutura continua reabsorbible, dejando pequeñas aberturas para el drenaje de fluidos (Fig. 4).

En el postoperatorio se indicaron curaciones planas de la herida y antibióticos sistémicos durante 72 horas. Se in-

dicó la posición en cama durante las primeras 24 horas, luego de las cuales se le permitió pararse y deambular, pero evitar las posiciones sentada y en cuclillas. Se comenzó con la ingesta de líquidos a las 4 horas del procedimiento, no se indicaron constipantes ni laxantes durante la internación. El alta domiciliaria se otorgó al cuarto día de la cirugía, luego de su primera evacuación. Una semana después, la paciente concurre al control donde se drena un pequeño hematoma del extremo anterior de la herida con anestesia local. Luego de un mes de la cirugía, la paciente persistía con secreción perianal seropurulenta y se constata una fistula perianal subcutánea que cerró espontáneamente luego de dos meses.

Cuatro meses después de la reparación, la paciente tenía un examen físico normal, sin fistula ni dehiscencia de la herida. En ese momento el CCFS fue de 2, con episodios de incontinencia a gases menos de dos veces al mes. Su calidad de vida mejoró significativamente según lo indica el FIQLS al cuarto mes, con un aumento de 19 puntos en la escala de estilo de vida, 23 en la de comportamiento, 16 en la de depresión y 7 en la de vergüenza. La paciente retomó su actividad sexual sin dispareunia ni dolor pélvico. No se realizó manometría ni ecografía endoanal postoperatoria. Tampoco se derivó a rehabilitación del suelo pélvico

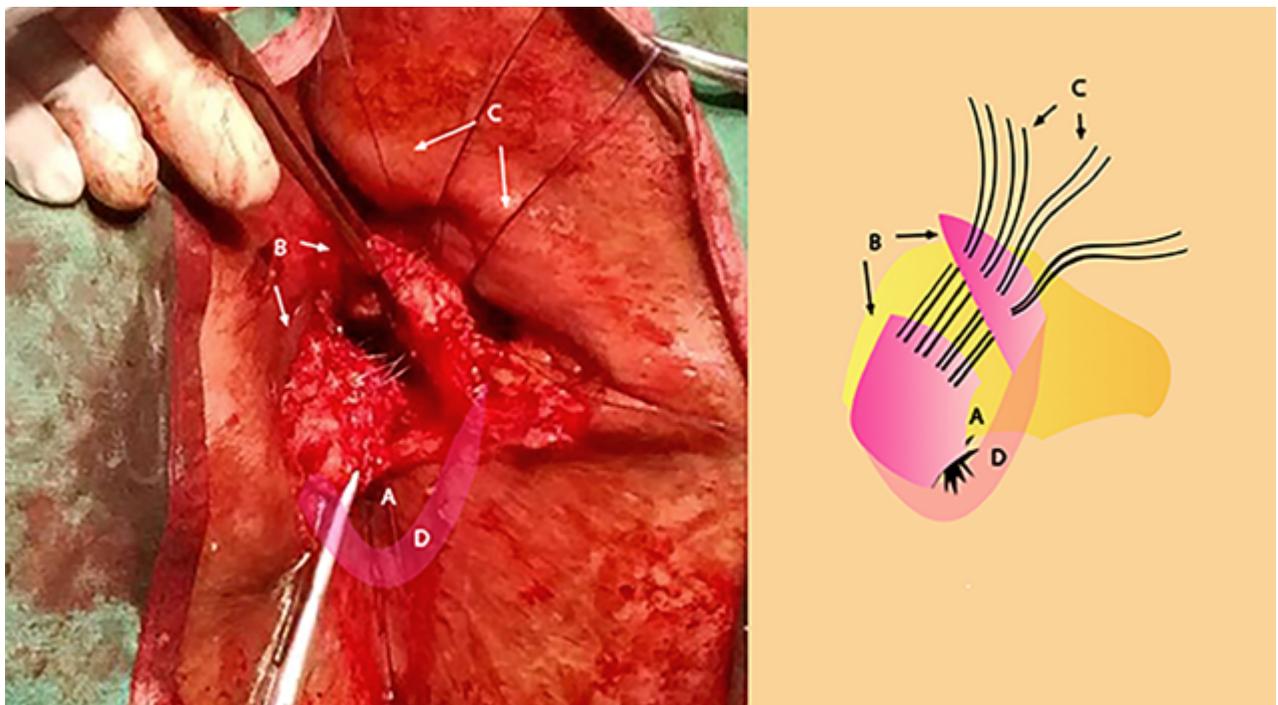


Figura 3: Reparación del complejo esfinteriano. A) Ano. B) Cabos del esfínter anal. C) Puntos separados de sutura reabsorbible. D) Resalto del esfínter anal en el hemiano posterior.



Figura 4: Aspecto externo en el postoperatorio inmediato. Nótese el aumento de la distancia entre el ano y la vagina, separados por una herida sagital

por problemas con el financiador. Luego de un seguimiento de 6 años mantiene un CCFS estable, similar al de los primeros meses postoperatorios.

DISCUSIÓN

La cloaca traumática es una complicación poco común del parto vaginal y provoca un gran trastorno psicosocial a las pacientes afectadas. La cirugía reconstructiva es mandatoria y demuestra buenos resultados estéticos y funcionales, sin embargo no existe evidencia clara a favor de cuál es la mejor técnica.

Las publicaciones anteriores al año 2000 tienden a utili-

zar la técnica de cierre por planos a la línea media sin colgajos como la descrita en el presente trabajo.^{3,8} Venkatesh y Ramanujam⁸ reportaron 44 pacientes cerrados por planos, con solo dos complicaciones: una fístula anovaginal, una infección menor de herida y 11 % de incontinencia leve a líquidos o gas. En una comunicación anterior, Abcarian et al.³ presentan 43 pacientes, con solo dos fístulas subcutáneas postoperatorias, sin dehiscencia y con excelentes resultados funcionales. La ostomía derivativa no fue utilizada de rutina en ninguna de estas series y ambos autores recomiendan dejar la herida de piel entreabierta para el drenaje de secreciones. La serie de Hollingshead et al.⁵ presenta 29 pacientes cerrados sin colgajos, a 59 % de los cuales se les realizó una ostomía derivativa. Estos autores no realizan la reparación del plano del puborrectal. La tasa de complicaciones reportada fue del 17 % con una fístula rectovaginal, 4 dehiscencias de la herida y buenos resultados funcionales (media del *score* del St. Mark's de 5). De acuerdo con estas publicaciones los colgajos no serían necesarios ya que la lesión obstétrica es una disrupción y separación de la línea media sin pérdida de tejido. En publicaciones más recientes se han comunicado resultados similares a los previamente mencionados.^{9,10}

Otros autores utilizaron colgajos dermograsos para cubrir el defecto cutáneo, en tanto que la reparación de los planos profundos fue similar a la descrita. Una de las series más grandes publicadas que utilizan colgajos es la de Kaiser¹¹ que incluye 12 pacientes reparados con colgajo en "X". Este grupo no utilizó ostomía derivativa de for-

TABLA 1: RESUMEN DE SERIES DE CASOS DE CLOACA TRAUMÁTICA

Autor	Año	N	Colgajo	Ostomía	Complicaciones (%)	Incontinencia postoperatoria (%)
Hakelius ¹³	1979	13	Z-plastia	no	30	23
Abcarian ³	1989	43	no	no	5	No
Venkatesh ⁸	1996	44	no	no	5	11
Dragagnic ¹⁶	2001	4	en isla	si (75 %)	100	No
Kaiser ¹¹	2008	12	en "X"	no	92 *	No
Merces ¹⁴	2008	6	Z-plastia	no	30	Baja
Holligshead ⁵	2009	29	no	si (60 %)	17	Baja
Moreira Grecco ⁴	2015	3	en "V"	si (33 %)	0	No

ma rutinaria. Reportan 3 fistulas rectovaginales y 8 infecciones superficiales del sitio quirúrgico. Sin embargo, no informan la tasa global de complicaciones. El resultado funcional fue excelente con un CCFS medio de 1,5 al mes postoperatorio. Esta serie también halló que las complicaciones fueron significativamente más frecuentes entre las mujeres con alto IMC como la del presente caso. Spanos et al.¹² publican un caso de cloaca reparada con colgajos en "X" con una pequeña dehiscencia de herida y buena continencia con un seguimiento de 3 meses. Hakelius¹³ y Merces et al.¹⁴ reportan 13 y 6 casos, respectivamente, utilizando Z-plastia, con una tasa de complicaciones de herida del 30 % en ambas publicaciones. En la serie de Hakelius¹³ el 23 % de las pacientes se quejaron de *soiling* y urgencia defecatoria en el postoperatorio. Una publicación argentina reciente de Moreira Grecco et al.⁴ reportó 3 casos utilizando la técnica del colgajo en "V", con 33 % de ostomía derivativa, sin complicaciones postoperatorias y con una notable mejoría de la calidad de vida de las pacientes. Se han descripto técnicas con colgajos más complejos para la reparación de la cloaca traumática. Un reporte utilizando el colgajo en "flor de loto" junto con una ostomía derivativa no tuvo complicaciones en el postoperatorio.¹⁵ Una serie de 4 casos de Draganic y Solomon¹⁶ presentan el colgajo en "isla" con ostomía en 3 de las 4 pacientes, con un 100 % de complicaciones menores de la herida. En todas las publicaciones que utilizan colgajos complejos el resultado funcional es aceptable, con un CCFS postoperatorio de alrededor de 3. En la Tabla 1 se resume la bibliografía disponible.

Moreira Grecco no informa el número total, reporta 3 fistulas rectovaginales y 8 infecciones superficiales de la herida.

Las técnicas con colgajos son más complejas de ejecutar y probablemente consumen más tiempo en quirófano. Las publicaciones disponibles actualmente no han demostrado una menor tasa de complicaciones que el cierre por planos. Las series con alta tasa de ostomía no tuvieron mejores resultados que aquellas que no la utilizaron y los pacientes

con ostomía tienen peor calidad de vida y morbilidad relacionada a la confección y el cierre de la misma.

En el presente reporte de caso, se utilizó una técnica de cierre por planos a la línea media sin utilizar colgajos y sin ostomía de derivación. La paciente sólo presentó complicaciones menores durante el primer mes de la cirugía (hematoma de herida y fistula subcutánea), las cuales pudieron ser manejadas de forma ambulatoria sin conllevar un deterioro en la calidad de vida.

Los autores que apoyan la utilización de colgajos argumentan que el cierre longitudinal no es libre de tensión y que el introito vaginal puede quedar con una disminución de tamaño causando dolor perineal crónico y dispareunia.^{11,17} Sin embargo, en la serie de Kaiser,¹¹ utilizando colgajos el 33 % de las pacientes tuvo dispareunia que resolvió de forma espontánea. En las publicaciones que no utilizan colgajos,⁹ así como en la presente, no hubo casos informados de dispareunia. Incluso, entre un 50 y 100 % de las pacientes con síntomas perineales preoperatorios mejoraron luego de la cirugía.^{5,8} En el presente reporte la paciente no tuvo disconfort perineal y retomó la actividad sexual 4 meses después del procedimiento sin ninguna molestia.

La mayoría de las publicaciones disponibles informan una mejoría en las pruebas manométricas anorrectales luego de la cirugía.^{4,5,11} En nuestro grupo no utilizamos de rutina estas pruebas, siempre y cuando los *scores* de incontinencia sean aceptables.

Según nuestro conocimiento no existen datos acerca del uso de la rehabilitación del suelo pélvico en las pacientes con cloaca perineal reparada, sin embargo, hay evidencia a favor del uso del *biofeedback* luego de la esfinteroplastia por desgarros perineales grados 3 y 4.¹⁸ El mecanismo de la incontinencia en la cloaca traumática es la lesión del complejo esfinteriano, por lo cual es nuestra opinión que la kinesioterapia es fundamental luego de estas reparaciones, sobre todo para evitar una caída de la función a largo plazo. En el presente caso la paciente no recibió cobertura del financiador para realizarla.

Existe escasa información acerca del resultado funcional a largo plazo de la reparación de una cloaca traumática. Solo la serie de Hollingshead et al.⁵ tiene seguimiento a 10 años de 3 de sus pacientes, de las cuales dos tuvieron un empeoramiento de la continencia. El presente caso tiene un seguimiento de 6 años con un CCFS estable desde los primeros meses de la cirugía.

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso de una mujer joven, obesa mórbida, con una deformidad en cloaca luego de un parto distócico,

reparada satisfactoriamente utilizando la técnica de cierre por planos a la línea media, sin colgajo ni oostomía.

En la actualidad, no hay consenso entre los autores acerca del mejor procedimiento quirúrgico para reparar la cloaca traumática, sin embargo las técnicas sin la utilización de colgajos son menos complejas y tendrían la misma morbilidad que aquellas que sí los usan. La oostomía derivativa no mejoraría la tasa de complicaciones de estas reparaciones. El tratamiento de la cloaca traumática es siempre quirúrgico y las pacientes deben ser informadas que la continencia puede deteriorarse a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Goh JT, Tan SB, Natukunda H, Singasi I, Krause HG. Outcomes following surgical repair using layered closure of unrepaired 4th degree perineal tear in rural western Uganda. *Int Urogynecol J* 2016; 27: 1661-66.
2. Sultan A. Editorial: Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk* 1999; 5: 193-96.
3. Abcarian H, Orsay CP, Pearl RK, Nelson RL, Briley SC. Traumatic cloaca. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 783-87.
4. Grecco AM, Zapata G, Dip F, Gorosito F, Piskorz M, Olmos J. Experiencia inicial del impacto de la reparación con colgajos de cloaca traumática postparto en la calidad de vida. *Rev Argent Coloproct* 2015; 26: 39.
5. Hollingshead JR, Warusavitarne J, Vaizey CJ, Northover JM. Outcomes following repair of traumatic cloacal deformities. *Br J Surg* 2009;96: 1082-85.
6. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.
7. Minguez M, Garrigues V, Soria MJ, Andreu M, Mearin F, Clave P. Adaptation to Spanish language and validation of the fecal incontinence quality of life scale. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 490-99.
8. Venkatesh KS, Ramanujam P. Surgical treatment of traumatic cloaca. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 811-16.
9. Valente MA, Khanduja KS. Layered surgical repair of traumatic cloacal deformities: technical details and functional outcomes. *Tech Coloproctol* 2012; 16: 153-56.
10. Spelzini F, Frigerio M, Manodoro S, Verri D, Nicoli E, Milani R. Repair of a traumatic cloaca after obstetric anal sphincter injury. *Int Urogynecol J* 2016; 27: 495-97.
11. Kaiser AM. Cloaca-like deformity with faecal incontinence after severe obstetric injury--technique and functional outcome of anovaginal and perineal reconstruction with X-flaps and sphincteroplasty. *Colorectal Dis* 2008; 10: 827-32.
12. Spanos CP, Mikos T, Kastanias E, y Georgantis G. Surgical repair of traumatic cloaca. *Arch Gynecol Obstet* 2012;286: 815-18.
13. Hakelius L. Reconstruction of the perineal body as treatment for anal incontinence. *Br J Plast Surg* 1979; 32: 245-52.
14. Mercês RL, Pisi PH, Balestrim Filho A, Braga TA, Rocha JJ, Féres O. Surgical treatment of traumatic cloaca. *Acta Cir Bras* 2008; 23 Suppl 1: 105-7; discussion 7.
15. Altomare DF, Rinaldi M, Bucaria V, Marino F, Lobascio P, y Sallustio PL. Overlapping sphincteroplasty and modified lotus petal flap for delayed repair of traumatic cloaca. *Tech Coloproctol* 2007; 11: 268-70.
16. Draganic B, Solomon MJ. Island flap perineoplasty for coverage of perineal skin defects after repair of cloacal deformity. *ANZ J Surg* 2001; 71: 487-90.
17. Narula H, Wadhawan H, Shorthouse A, Brown S. Traumatic cloacal defect, the warren flap rRevisited a description of the technique and review of the literature. *Pol J Surg* 2010; 82: 687-93.
18. Davis KJ, Kumar D, Poloniecki J. Adjuvant biofeedback following anal sphincter repair: a randomized study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 539-49.