

Desgarro agudo del esfínter anal postparto con reparación inmediata

Oscar D. Brosutti, Emilio M. García Calcaterra, Mauricio A. Minetti, Ariel M. Rigo

Hospital J. B. Iturraspe, Ciudad de Santa Fe, Santa Fe, Argentina.
Servicio de Cirugía General

RESUMEN

Las lesiones obstétricas del esfínter anal pueden ocurrir durante el parto vaginal espontáneamente o secundariamente a la episiotomía. Su riesgo se estima en un 26% y son la causa más frecuente de incontinencia anal en mujeres jóvenes.

Las lesiones de grado 4 de Sultan, también llamadas cloaca traumática, implican la ruptura completa del esfínter y la comunicación de la cavidad vaginal con el canal anal. La reparación es siempre quirúrgica, para lo que se han descrito diferentes técnicas, aunque ninguna ha demostrado ser superior.

Presentamos el caso de una paciente primípara de 23 años con una cloaca traumática posparto. La reparación quirúrgica se realizó de inmediato con una técnica de *overlapping*. El postoperatorio fue sin complicaciones y al año presenta continencia anal completa.

Palabras clave: cloaca traumática, lesión esfinteriana obstétrica, desgarro anal, incontinencia anal, complicaciones del parto

ABSTRACT

Obstetric anal sphincter injuries can occur spontaneously or as a consequence of an episiotomy during vaginal delivery. Their risk is estimated at 26% and they are the most frequent cause of anal incontinence in young women. Sultan grade 4 injuries, also called traumatic cloaca, involve complete rupture of the sphincter and communication of the vaginal cavity with the anal canal. The repair is always surgical, for which different techniques have been described, although none have proven to be superior. We present the case of a 23-year-old primiparous patient with a postpartum traumatic cloaca. Surgical repair was performed immediately with an overlapping technique. The postoperative period was without complications and one year later she presents complete anal continence.

Key words: traumatic cloaca, obstetric sphincter injury, anal tear, anal incontinence, childbirth complications

INTRODUCCIÓN

Las lesiones obstétricas del esfínter anal (LOEA) pueden ocurrir tanto espontáneamente durante un parto vaginal como secundariamente a una episiotomía. Son la causa más frecuente de incontinencia anal en mujeres jóvenes. Las LOEA tienen una variedad de complicaciones a largo plazo, de las cuales la incontinencia anal es la más angustiante e incapacitante.¹

La Clasificación de Enfermedades de la OMS reportó una incidencia del 4 al 6,6% de todos los partos vaginales. Los factores de riesgo puede ser maternos, del parto y de las características del recién nacido.¹

El diagnóstico se realiza con un examen minucioso del periné y el tacto rectal bimanual, que debería ser efectuado en toda mujer antes de ser suturada. Un metaanálisis de 103 estudios mostró que a 1 de cada 4 mujeres primíparas se le diagnostica por ecografía un defecto del esfínter anal luego de 3-6 meses del parto. El riesgo se incrementa 4 veces en aquellos partos asistidos por fórceps o ventosas.² En este estudio se estimó un riesgo del 26% de defectos del esfínter anal postparto, incluidos los que se pasan por alto durante el examen clínico de rutina o desgarros perdidos, que comprenden un 13%.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Emilio García Calcaterra: drgraciaemilio@gmail.com

Recibido: Noviembre 2022. Aprobado: Mayo 2023

Oscar D. Brosutti: <https://orcid.org/0000-0002-1859-9299>, Emilio M. García Calcaterra: <https://orcid.org/0000-0002-2425-2726>, Mauricio A. Minetti: <https://orcid.org/0000-0001-6389-3406>, Ariel M. Rigo: <https://orcid.org/0000-0002-5601-6402>

En 1999 Sultan clasificó los desgarros perineales posparto en 4 grados, que abarcan desde lesiones del epitelio vaginal o la piel perineal, hasta la disrupción completa del esfínter anal (cloaca traumática).³ La reparación de estas lesiones es siempre quirúrgica. Si bien hay estudios que comparan diferentes técnicas quirúrgicas, la literatura actual no recomienda una técnica por encima de la otra.

Presentamos una paciente con un traumatismo obstétrico severo grado 4, reparado de forma exitosa en agudo con una técnica de *overlapping* o superposición de los cabos.

CASO

Paciente femenina de 23 años de edad, primípara, cursando embarazo de 40 semanas de edad gestacional, que ingresó al servicio de Obstetricia por encontrarse en trabajo de parto. Al examen físico se halló una talla de 161 cm, peso 66 kg, IMC 25,46. Los signos vitales de la paciente y del feto estaban conservados. Luego del parto, se efectúa interconsulta de urgencia con el servicio de cirugía general por una lesión perineal compatible con un desgarro del esfínter anal, acompañado de dolor e incontinencia fecal. El parto no había sido distócico, no se habían utilizado fórceps ni ventosas y el peso del recién nacido fue de 3380 g, con talla de 48 cm y perímetro cefálico de 34 cm.

El examen perineal, realizado por un cirujano entrenado en Coloproctología, reveló una laceración en la mucosa anal que se extendía a través de todo el espesor del complejo esfinteriano hasta la vagina. Los extremos del esfínter estaban retraídos lateralmente. Había un sangrado menor de los bordes lacerados de los músculos perineales. Aparte de la laceración en el introito, el examen vaginal fue normal. Se diagnosticó una LOEA grado 4 de Sultan (Fig. 1) o “cloaca traumática”.



Figura 1: A. Cloaca traumática postparto. B. Reparación con técnica de *overlapping*.

Se decidió realizar la reparación en agudo bajo anestesia raquídea. Este es un requisito previo importante, particularmente para la reparación con técnica de *overlapping*, ya que el tono del músculo esfínteriano puede hacer que los extremos desgarrados se retraigan. La relajación muscular es necesaria para recuperar los extremos y superponerlos sin tensión. Se utilizó una posición de litotomía y se realizó el campo estéril con povidona yodada. Los músculos del esfínter se repararon con suturas de polipropileno 3/0. Elegimos estas suturas porque son monofilamento y, por lo tanto, tienen menor probabilidad de infección en comparación con las suturas trenzadas.

Inicialmente, se suturaron los músculos puborrectales entre sí con polipropileno 3/0 para brindar mayor apoyo a la esfinteroplastia ulterior. Se identificaron los extremos desgarrados del esfínter anal externo y se sujetaron con pinzas Allis. A continuación, se movilaron los extremos del esfínter lo suficiente para lograr su superposición, pero no demasiado para evitar comprometer la vascularización e inervación y luego se realizó la sutura.

El epitelio vaginal se reparó con puntos de poliglactina 910 3/0 y se suturó en forma longitudinal para separar el ano del introito vaginal (Fig. 2). Se colocó un drenaje de silicona de 10 Fr en el espacio subcutáneo, a nivel del cierre perineal entre el ano y la vagina para evitar colecciones y el fracaso de la reparación.

En el postoperatorio, se indicó antibioticoterapia endovenosa profiláctica para gérmenes aerobios y anaerobios por 48 hs, analgésicos, movilidad habitual y dieta líquida 24 horas después del procedimiento. El drenaje se retiró a las 48 hs. Se otorgó el alta hospitalaria a las 72 hs solo con analgésicos, luego de haber tolerado la dieta. Se realizó control postoperatorio mediante examen físico semanal el primer mes y luego trimestral, obteniendo al año un Score de Wexner de 1/20, lo cual indica continencia casi completa.



Figura 2.: Reparación de la lesión obstétrica. A. Postoperatorio inmediato del cierre completo del esfínter anal. B. Control al año.

DISCUSIÓN

En el presente reporte de caso se reparó el defecto del esfínter anal inmediatamente luego del trauma con una técnica de *overlapping*. No hubo complicaciones postoperatorias y presentó buena evolución con controles posteriores que demostraron una puntuación mínima del grado de incontinencia según la escala de Jorge y Wexner.⁴

La incidencia de estas lesiones puede variar dependiendo de muchas variables como el uso de la episiotomía, el tipo de parto (espontáneo o asistido), el tipo de instrumental utilizado (fórceps, ventosas), la paridad, la etnia, etc.

El diagnóstico preciso y el manejo adecuado de estas lesiones son cruciales para prevenir la incontinencia anal y hoy en día es parte esencial de la formación obstétrica.² De no ser diagnosticadas y reparadas correctamente, pueden provocar potencialmente un problema higiénico, social y psicológico en las pacientes, reflejado en una mala calidad de vida y elevados costos en salud.¹

Las LOEA grado 4 de Sultan siempre se deben reparar de forma quirúrgica y si bien actualmente ninguna técnica de reparación ha demostrado superioridad sobre otra, creemos que todo cirujano y/u obstetra debe estar familiarizado con ellas. Dos meta-análisis informan que las dos técnicas más utilizadas (superposición de cabos, o sutura termino-terminal) tienen el mismo riesgo futuro de incontinencia anal (45 vs. 49% respectivamente). Además, las guías recomiendan fisio-kinesio terapia del piso pelviano como complemento del tratamiento quirúrgico.^{1,2} A diferencia de otros casos publicados,⁵ en el nuestro no se difirió la reparación, obteniendo buenos resultados y evitando un malestar innecesario en la paciente.

Si el obstetra no tiene suficiente experiencia en la reparación de desgarros de tercer y cuarto grado y no hay un profesional con experiencia disponible de inmediato o localmente, la reparación se puede retrasar de 8 a 12 horas sin afectar la incontinencia anal y los síntomas del piso pélvico (recomendación IA). Si se demora, es posible que se requiera de un centro de atención más experimentado para la reparación.¹ Esto sugiere potencialmente que los médicos deben realizar un examen posparto más completo y dominar sus habilidades a través de una formación estructurada en la reparación de LOEA.

Con cualquier método de reparación, todavía hay un alto riesgo de defectos persistentes del esfínter anal, lo que podría indicar la necesidad de una ecografía endoanal rutinaria después del parto, especialmente en aquellas mujeres consideradas con mayor riesgo de sufrir una lesión.²

REFERENCIAS

1. Harvey MA, Pierce M, Alter JE, Chou Q, Diamond P, Epp A, et al. Obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): prevention, recognition, and repair. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37:1131-48. Erratum in: *J Obstet Gynaecol Can.* 2016 ; 38:421.
2. Sideris M, McCaughey T, Hanrahan JG, Arroyo-Manzano D, Zamora J, Jha S, et al. Risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and anal incontinence: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 252:303-12.
3. Sultan A. Editorial: Obstetric perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk.* 1999; 5:193-96.
4. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993; 36: 77-97.
5. Balmaceda R, Galvarini M, Affroti L, Kerman J, Fermani C, Kerman A. Reparación de cloaca traumática. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Rev Argent Coloproct.* 2022; 33:90-5.

COMENTARIO

Menos del 30% de las mujeres con incontinencia fecal buscan ayuda y la falta de información acerca de las soluciones efectivas que existen es una barrera importante tanto para enfermos como para profesionales

Del artículo previo me gustaría remarcar dos circunstancias: que se trata de una patología más frecuente de lo que se piensa y muchas veces sub-diagnosticada y que se asocia a un deterioro en la calidad de vida de las mujeres que la padecen.

De lo expuesto previamente, se concluye que se trata de una patología prevalente en obstetricia, con importantes consecuencias en la calidad de vida y gastos en salud muy elevados. Se destaca la necesidad de un conocimiento del tema por parte del obstetra interviniente y es necesario remarcar la necesidad de un trabajo interdisciplinario. Es recomendable la reparación en forma inmediata por un especialista en coloproctología. Con respecto a la reparación inmediata o diferida, existe mucha controversia. Hay publicaciones que avalan uno u otro procedimiento.

Es mi opinión personal que lo esgrimido en este artículo define por qué y cuándo debe realizarse en forma inmediata, esencialmente porque minimiza el malestar sufrido por la paciente, aunque requiere la disponibilidad de un profesional entrenado en la materia. Si bien esto no garantiza una continencia completa, como es el caso que se presenta, se asocia a los mejores resultados, minimizando los gastos y en forma asociada disminuyendo la incidencia de litigios.

Otro dato de relevancia es el diagnóstico, al cual podría arribarse en forma precoz y más certera con la ecografía intra parto. El grado de continencia se ha demostrado que disminuye con el seguimiento a mediano y largo plazo, sin embargo la calidad de vida, afortunadamente, no sufriría tal deterioro. Esta afirmación a su vez da pie a la implementación de estrategias complementarias como es la neuromodulación sacra o la estimulación del tibial posterior. Como comentario final, se recomienda la lectura de la publicación de García-Armengol y col. quienes realizan la reparación integral del aparato esfinteriano, logrando de esta forma resultados satisfactorios a mayor plazo, aunque hacen falta estudios randomizados que lo respalden.

Dr. Federico Carballo
Hospital Ignacio Pirovano

1. Muñoz-Duyos A, Galofré-Recasens M, Avilés-Arias M, Hinojosa-Jano J, Baanante JC, Lagares-Tena L. Overlapping sphincteroplasty and perineal repair of an obstetric ano-vaginal cloaca - a video vignette. *Colorectal Dis.* 2023. doi: 10.1111/codi.16494. Epub ahead of print. PMID: 36719255.
2. García Fernández N, Navarro Morales L, Reyes Díaz ML, Ramallo Solís I, María Jiménez Rodríguez R, De la Portilla De Juan F. Sphincteroplasty for the treatment of faecal incontinence after an obstetric injury - a video vignette. *Colorectal Dis.* 2021; 23:2199-200.
3. Hubert T, Cardaillac C, Fritel X, Winer N, Dochez V. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3e et 4e degrés. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF .Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2018; 46:913-21.
4. de García-Armengol J, Martínez-Pérez C, Roig-Vila JV. Anatomic sphincteroplasty with combined reconstruction of internal and external anal muscles in the anal incontinence surgical treatment. *Cir Esp (Engl Ed).* 2022; 100:580-84.