

Lesión obstétrica del esfínter anal

Protocolo publicado en septiembre de 2010

(Protocolo consensuado con la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO)

OBJETIVO DEL PROTOCOLO. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

El parto vaginal es un factor determinante en la pérdida de funcionalidad del suelo pélvico. Las estructuras de soporte del suelo pélvico pueden dañarse por los desgarros, la distensión de los músculos y la fascia o por la lesión distal de los nervios. El parto vaginal es de los factores implicados en el deterioro del suelo pelviano, posiblemente el más determinante. Puede dañar las estructuras de soporte del suelo pélvico por traumatismo directo, distensión de la musculatura pelviana o lesión distal de los nervios pelvianos. La realización de cesáreas con el fin de preservar a las mujeres de la disfunción sexual y de los problemas de continencia no está totalmente refrendada por la evidencia científica.

El objetivo principal de este protocolo es el de mejorar el diagnóstico y tratamiento de los desgarros del esfínter anal en el parto así como establecer pautas para el seguimiento y control de las pacientes con lesiones del esfínter anal diagnosticadas y tratadas en el parto.

Supone como actividad fundamental a realizar, la identificación y correcto diagnóstico de los desgarros perineales que ocurren independientemente del tipo de parto. Aunque la incidencia sea mayor en los partos instrumentales, la mayor proporción de partos eutócicos, hace que en números absolutos casi la mitad de todos los desgarros de 3^{er} y 4^o grado ocurran en mujeres que han tenido un parto vaginal eutócico, es decir en partos de bajo riesgo para las lesiones perineales.

En este protocolo además del diagnóstico, se contempla la sutura de los desgarros perineales, su tratamiento posterior y seguimiento. Se analizan las maniobras preventivas de dichos desgarros y las recomendaciones sobre las posibilidades de prevención de lesiones recurrentes en futuros embarazos.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LAS LESIONES PERINEALES

Las recomendaciones para la prevención primaria de los desgarros perineales que se refieren a la práctica obstétrica, se basan en un nivel de evidencia limitado y son las siguientes:

La protección del periné, con la finalidad de aprovechar la elasticidad del suelo pélvico y lograr la expulsión de la cabeza en máxima flexión, entre dos contracciones, protege la integridad del periné (*NE=IIb-B*).

Se recomienda realizar la episiotomía de forma restrictiva, preferentemente mediolateral, con un ángulo suficiente que permita alejarse del esfínter anal (*NE=IIa-B*).

En el caso de tener la necesidad abreviar el expulsivo y poder elegir el tipo de tocurgia, es preferible el uso de la ventosa al del fórceps para evitar lesiones del esfínter (*NE=IIb-B*).

ACTIVIDAD A REALIZAR

Clasificación y terminología

La clasificación descrita por Sultan y aceptada por el Royal College de Obstetricia y Ginecología (RCOG) clasifica los desgarros perineales en cuatro grados, subdividiendo el 3^{er} grado en tres subgrupos, como se muestra en la tabla 1.

Tabla nº 1. Clasificación de los desgarros perineales (RCOG)	
1º grado	Lesión de la piel perineal
2º grado	Lesión de los músculos del periné (no del esfínter)
3º grado	3a Lesión del esfínter externo <50%
	3b Lesión del esfínter externo >50%
	3c Lesión del esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa

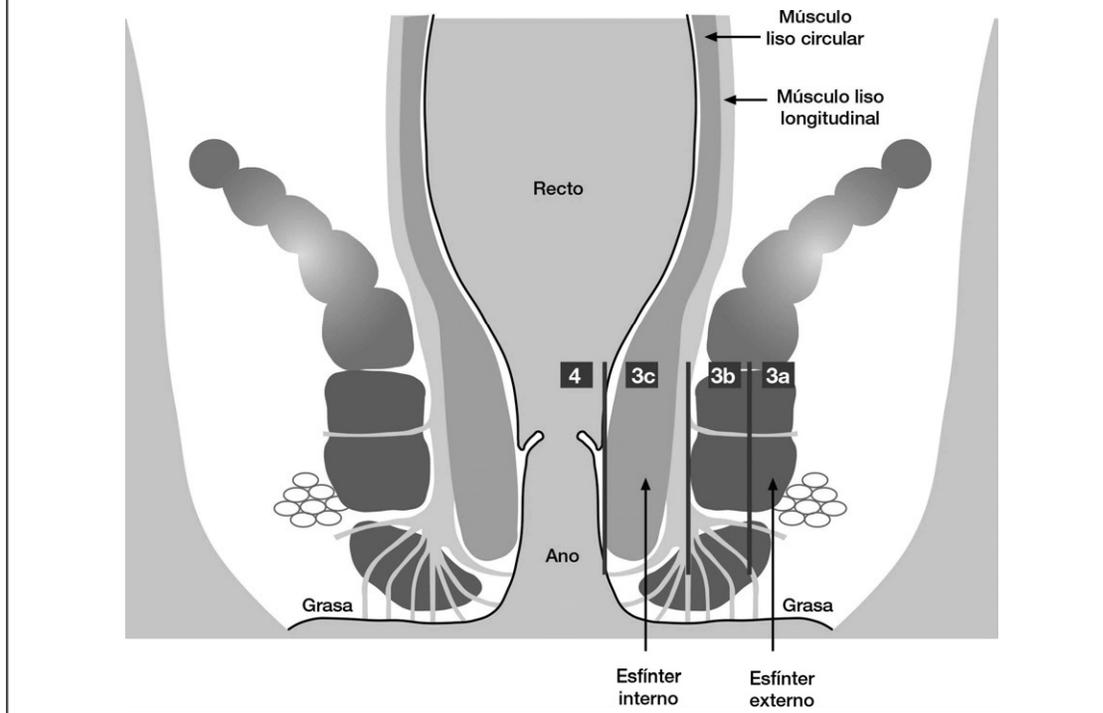
En la Figura 1 se muestra el esquema anatómico de los esfínteres interno y externo, de los desgarros de 4º grado y de los diferentes subtipos de desgarros de 3^{er} grado.

Esta clasificación, a diferencia de la anterior, aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de desencadenar una incontinencia anal que los 3b, y a su vez estos, el doble que los 3a (*NE=IIb*).

En el caso de duda con respecto al grado de desgarro (3a ó 3b), se debe optar por la graduación superior.

Existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación. Sería el caso de una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fístulas recto-vaginales.

Figura 1. Esquema anatómico de los esfínteres interno y externo, de los desgarros de 4º grado y de los diferentes subtipos de desgarros de 3º grado.



Identificación de los desgarros perineales posparto

Los desgarros perineales están infradiagnosticados. Para identificarlos correctamente, se debe de seguir una sistemática de exploración, siendo preciso:

- Posición de litotomía.
- Buena fuente de luz.
- Asepsia continua durante el procedimiento
- Analgesia adecuada.

En los desgarros de 2º grado es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas. La presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura.

Para que la exploración perineal sea precisa, se recomienda realizar de forma sistemática un tacto rectal con el dedo índice y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada. Debemos recordar que el color del esfínter externo es similar a la carne roja (como puede ser la carne de ternera), mientras que el esfínter interno recuerda a la carne blanca (como puede ser la carne de pollo). La identificación del desgarro del esfínter externo siempre es más fácil que la del interno, aunque en algunas ocasiones el desgarro completo del esfínter externo puede retraerse y se debe localizar para su correcta sutura.

Se ha evidenciado que cuando un equipo obstétrico mejora su entrenamiento en el diagnóstico de los desgarros perineales posparto, aumenta significativamente el número

de los desgarros diagnosticados. Este hecho pone de manifiesto la existencia de lesiones que pasan sin diagnosticar por la falta del adiestramiento diagnóstico (*NE=III*).

Por ello, de cara a la prevención de la incontinencia anal y con el fin de conseguir la mayor eficacia de este protocolo, se considera fundamental la formación de cualquier profesional que asista partos en la identificación de estas lesiones. La reparación de este tipo de lesiones es competencia del obstetra.

REPARACIÓN DE LAS LESIONES PERINEALES POSPARTO (Tabla 2)

TÉCNICA DE SUTURA

Desgarros de 1º grado. Deben de suturarse los bordes de la piel que permanecen separados, no siendo necesario suturar si los bordes están juntos y sin sangrado activo.

Se ha evidenciado que la sutura continua intradérmica de la piel condiciona menos dolor en los primeros 10 días tras la reparación. Sin embargo, a largo plazo no se han encontrado diferencias entre los resultados de la sutura con puntos sueltos y la intradérmica.

Desgarros de 2º grado. La reparación debe iniciarse en los planos profundos, hasta llegar a los más superficiales, con el objeto de evitar espacios muertos. La sutura puede realizarse con puntos sueltos o con sutura continua. No se han encontrado diferencias significativas entre los resultados funcionales y estéticos de ambas.

Como ya se ha citado, es importante identificar las lesiones del músculo elevador del ano, mediante la palpación de las paredes laterales, para su correcta sutura. Hay que recordar que los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que se deben buscar. Deben unirse, mediante puntos sueltos o sutura continua los grupos de fibras separados por grasa (que es el elemento diagnóstico que identifica la rotura del músculo elevador del ano), hasta obtener su continuidad y la superposición del tejido muscular sobre la grasa.

Desgarros de 3º grado. La sutura del esfínter interno ha de realizarse completamente y de forma independiente de la del esfínter externo. Ambas deben ser suturas sin tensión. La reparación del esfínter anal interno no puede realizarse de forma secundaria.

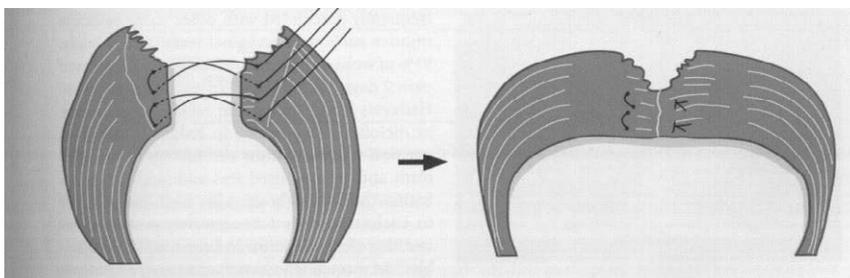
La reparación del esfínter externo puede llevarse a cabo mediante dos técnicas de sutura diferentes: la sutura término-terminal ("*end to end*") o el solapamiento ("*overlap*") (Figura 2). En los desgarros parciales, por las características de los mismos, resulta difícil la práctica del solapamiento. El intento de reparación del esfínter interno mediante la técnica del solapamiento aún es más difícil que en el esfínter externo, por ello se realiza habitualmente la sutura término-terminal a este nivel.

Se ha de intentar suturar el esfínter de forma que una vez reparado tenga la misma anchura en todo su perímetro, ya que se ha demostrado una relación directa entre la longitud del canal esfinteriano que se consigue con la sutura y el grado de continencia anal.

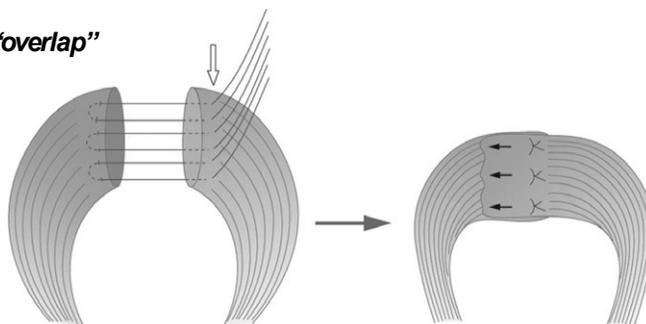
Una demora en la reparación del esfínter anal inferior a 12 horas no empeora los resultados funcionales.

Figura 2. Técnicas de reparación del esfínter externo

Sutura término-terminal



Sutura "overlap"



Desgarros de 4º grado. La reparación debe iniciarse con la sutura de la mucosa rectal. Se debe suturar con puntos sueltos, quedando el nudo en la luz intestinal. Esta práctica se realiza con la finalidad de evitar la mayor reabsorción del material de sutura, condicionada por los nudos que quedan enterrados. También es válida la sutura continua intramucosa ya que el nivel de reabsorción del material sería semejante al anterior.

Material de sutura

- Las suturas de los desgarros de 1º y 2º grado se deben de realizar con poliglactina de reabsorción rápida por sus mejores resultados a corto y largo plazo.
- Las suturas de los esfínteres interno y externo se deben realizar con material monofilamento absorbible de larga duración, como puede ser la polidioxona fina de 3/0, con la intencionalidad de minimizar los riesgos de infección. No obstante, en un estudio aleatorizado no se han encontrado diferencias entre la polidioxona y la poliglactina.
- La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con poliglactina 3/0.

Profilaxis antibiótica

La administración sistemática de una única dosis intravenosa de una cefalosporina de segunda generación antes de la reparación del desgarro de esfínter anal intraparto, es recomendable para la prevención de la infección de la herida perineal (NE=Ib-A).

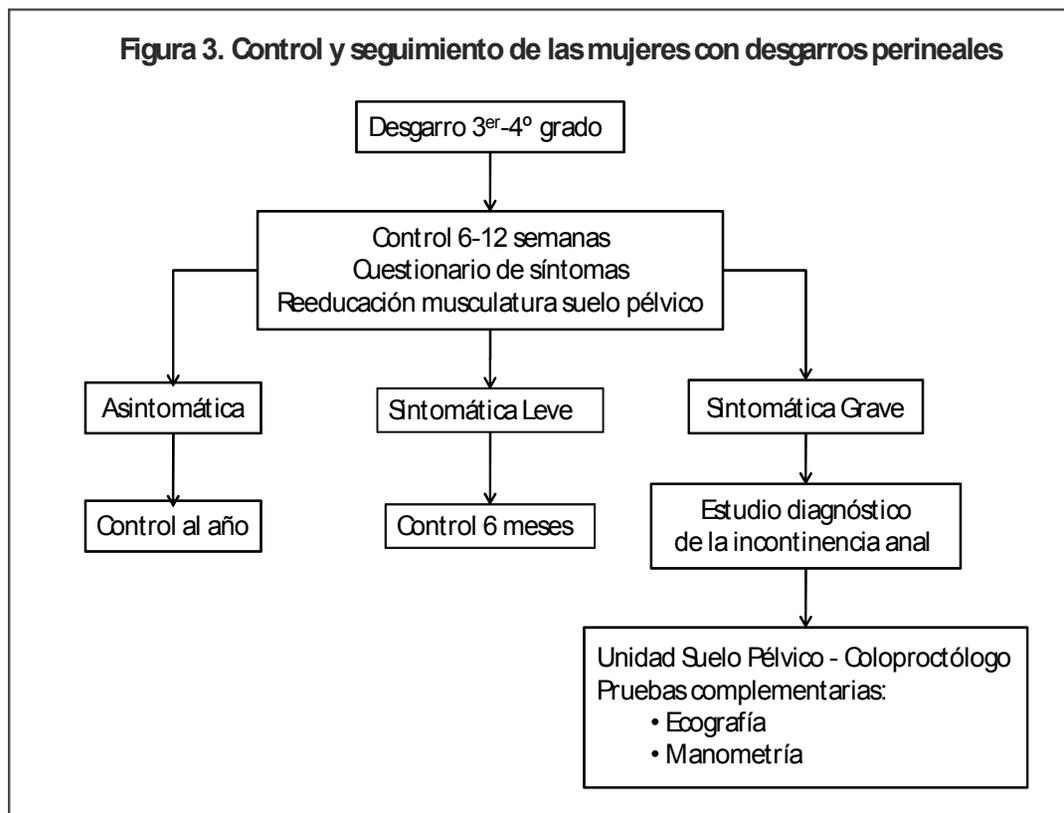
Tabla 2. Protocolo de reparación de los desgarros del esfínter anal

1. El desgarro ha de ser reparado por un especialista con experiencia en reparación de desgarros del esfínter anal o por un residente bajo supervisión del experto.
2. Anestesia regional o general.
3. Los desgarros 3a se reparan con técnica término-terminal, suturando con polidaxona 3-0.
4. Los desgarros 3b se reparan con técnica término-terminal o solapamiento si el esfínter externo está completamente roto o se separan las fibras restantes que puedan quedar.
5. Si el esfínter interno está roto (3c) o el desgarro es de 4º grado, se repara con 2 ó 3 puntos de colchonero con polidaxona 3-0.
6. La mucosa anal se repara con puntos sueltos de poliglactina 3-0, con los nudos hacia la luz rectal.
7. Se da una dosis de antibiótico en el momento de la reparación del esfínter y se continúa 5 días tras el parto (cefuroxima y metronidazol).
8. Se prescribe lactulosa 15 ml, dos veces al día, durante 10 días asegurándose de que las heces sean blandas.
9. Seguimiento en el posparto.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS MUJERES CON DESGARROS PERINEALES (Figura 3)

Posoperatorio inmediato. En el posoperatorio inmediato las recomendaciones son:

- **Uso de antibióticos de amplio espectro.** Se considera recomendable prolongar el tratamiento con cefalosporinas durante unos días tras el parto (5-7 días) y cubrir la posible infección por anaerobios con una pauta adicional de metronidazol, con la finalidad de reducir el riesgo de infección de la herida y la dehiscencia (*NE=IV-C*).
- **Uso de laxantes.** Se recomienda la administración de lactulosa y una dieta laxante en el posparto para facilitar la defecación y evitar la dehiscencia de la sutura que pueden condicionar las heces compactas (*NE=Ib-A*).
- Es recomendable **informar a las mujeres** que han tenido un desgarro de esfínter anal y explicar con la máxima claridad el tipo de lesión, las pautas de seguimiento y los posibles síntomas (*NE=IV-C*).



Seguimiento en el puerperio y controles posteriores

Es recomendable realizar un seguimiento y control de los síntomas anorectales, tanto en el puerperio como a largo plazo (1 año) de las mujeres con desgarros del esfínter anal (*NE=Ib*). Se ha confirmado que tras la correcta reparación del esfínter externo, el 60-90% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. Los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria.

No existen estudios prospectivos randomizados que permitan recomendar unas actividades específicas y unas pautas de seguimiento de estas pacientes con desgarros del esfínter anal. Las recomendaciones que se incluyen a continuación tienen por tanto un nivel de evidencia IV (*NE=IV-C*).

Control en el puerperio (por el obstetra-ginecólogo o la matrona). La valoración de la mujer con lesión del esfínter anal se ha de centrar en:

- **Detección de los síntomas de incontinencia anal** preguntando directamente si tiene escapes de gases o heces (sólidas o líquidas) o urgencia defecatoria. Los datos a investigar son:
 - ¿Tiene pérdida involuntaria de heces sólidas?
 - ¿Tiene pérdida involuntaria de heces líquidas?
 - ¿Tiene pérdida involuntaria de gases?
 - ¿Tiene un deseo irrefrenable de ganas de defecar, con temor de presentar pérdida involuntaria de las heces?
 - ¿Tiene dolor al defecar?

- Recomendar la realización de ***ejercicios de la musculatura del suelo pélvico*** a partir de las 6-12 semanas de la lesión. Las pacientes que presentan lesión del esfínter anal externo obtienen beneficio con esta medida.

Si la mujer está asintomática se le indicará que en caso de aparición de síntomas, acuda a control. Sería recomendable ofrecer a la paciente una **visita de control al año**.

Si la mujer tiene síntomas de incontinencia anal persistentes (ver las preguntas antes citadas):

- Si la sintomatología es leve y la mujer no está muy afectada por su problema, se recomienda programar una visita de seguimiento a los 6 meses, dado que en los estudios con seguimiento, se ha observado que hay un nivel considerable de casos que evolucionan favorablemente hacia la resolución de los síntomas en los primeros seis meses posparto.
- Si la sintomatología es grave o afecta de forma importante la calidad de vida de las pacientes, es aconsejable que sea remitida a una Unidad especializada en patología del suelo pélvico, con un equipo multidisciplinar, que cuente con un coloproctólogo. La actividad a realizar en esta Unidad debería ser:
 - Valoración de los síntomas anorectales y otros síntomas uroginecológicos.
 - Exploración pélvica que incluya la valoración del tono en reposo y de la capacidad contráctil del esfínter anal.
 - Ecografía endoanal o perineal para valorar la integridad del esfínter anal.
 - Manometría anorectal para valorar la funcionalidad.

Según el resultado de las pruebas diagnósticas, el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico. La mayor parte de estas pacientes podrán beneficiarse del **tratamiento conservador con biofeedback anal**. Solo un número muy limitado de pacientes precisarán una reparación secundaria del esfínter externo.

EL PARTO DESPUÉS DE UN DESGARRO DEL ESFÍNTER ANAL

En general las mujeres que han tenido un desgarro del esfínter anal, cuando se plantean otro embarazo su preocupación se centra en la posibilidad de que esta lesión pueda repetirse y que aparezcan o se agraven los síntomas de incontinencia anal. Por ello suelen solicitar una recomendación sobre la forma ideal de terminar el parto para evitar en la medida de lo posible estos dos problemas. Esta recomendación únicamente se puede hacer considerando la mayor morbilidad e incluso mortalidad asociada a la cesárea.

Al no disponer de datos suficientes que permitan basar las recomendaciones en un nivel alto de evidencia y en base a los pocos estudios con seguimiento que pueden aportar luz para la toma de esta decisión, podríamos resumir que, después de un desgarro de 3^{er} ó 4^o grado, si la mujer queda gestante, se han de tener en cuenta los siguientes puntos:

- Si la mujer está asintomática y mantiene la continencia, se puede recomendar un parto vaginal. El riesgo de repetir otra lesión de 3^{er} ó 4^o grado oscila del 3,6-7,2%. La incontinencia anal debida al embarazo no se modifica por la realización de una cesárea. En el caso de pesos fetales estimados superiores a 4.000 g el riesgo de lesión aumenta del 8% al 23%.
- Si la mujer presenta incontinencia anal, debemos informar a la paciente que el embarazo puede aumentar la intensidad de la sintomatología. No hay evidencia que

la vía de parto influya en la evolución posterior. Sería aconsejable diferir la cirugía secundaria del esfínter hasta el final del deseo reproductivo, siempre que no afecte su calidad de vida. La decisión final debería tomarla la mujer tras una información detallada y de acuerdo a sus preferencias.

- En los casos en que la gestante haya presentado una incontinencia anal posparto y se haya realizado una cirugía en un segundo tiempo con éxito, se debe aconsejar la cesárea.

BIBLIOGRAFÍA (ver la revisión efectuada por la Sección de Suelo Pélvico e incluida dentro de los protocolos de dicha Sección)

Los Protocolos Asistenciales de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

Clasificación de las recomendaciones en función del nivel de evidencia (NE) disponible	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
IIb	La evidencia científica procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Grados de recomendación	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. (Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib)
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación (Recoge los niveles de evidencia científica IIa, IIb y III)
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. (Recoge el nivel de evidencia IV)