



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## VC-094 - ESFINTEROPLASTÍA + COLGAJOS DE CORMAN COMO TRATAMIENTO DE LA CLOACA ANOVAGINAL

*Arellano Plaza, Paloma; Gijón Moya, Fernando; Bermejo Marcos, Elena; Montalbán Ayala, Paula; Álvarez Hernández, Marta del Carmen; Carreras I Hoyos, Marta; García Septiem, Javier; Martín Pérez, Elena*

*Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** La incontinencia anal es una patología con etiopatogenia multifactorial. En la población femenina, el factor etiológico más frecuente es el trauma obstétrico, implicado en hasta el 91% de los casos, y habitualmente asociado a un defecto muscular del complejo esfinteriano anal. En presencia de una alteración anatómica evidente del mecanismo esfinteriano, la esfinteroplastia se considera la técnica de elección para la reconstrucción del esfínter. Este procedimiento fue descrito inicialmente por Parks y McPartlin en 1971, y modificado posteriormente por Wexner y colaboradores en 1991, quienes propusieron la disección y reparación por separado de los esfínteres anal interno (EAI) y externo (EAE). Cuando la lesión esfinteriana a nivel anterior es muy grave, el cuerpo perineal anterior puede desaparecer casi por completo, quedando una mínima lámina de tejido residual a modo de tabique anovaginal. En estos casos, la realización de colgajos cutáneos permite restaurar el cuerpo perineal y ampliar el espacio anovaginal.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 58 años, con antecedente de tres partos vaginales, uno de ellos con desgarró perineal. Consulta por incontinencia fecal con escapes continuos. Como antecedentes uroginecológicos, destaca cistocele grado II e incontinencia urinaria de urgencia, en seguimiento por Urología y pendiente de colposacropexia. En la exploración física se evidenció una cloaca anovaginal con desaparición completa del cuerpo perineal, permaneciendo un fino tabique anovaginal. Al tacto rectal se observó una pared anterior notablemente adelgazada y disrupción esfinteriana de aproximadamente 120°. Se decidió una intervención quirúrgica consistente en esfinteroplastia y reconstrucción perineal mediante colgajos cutáneos de Corman. Técnica quirúrgica: posición quirúrgica: litotomía. Diseño de colgajos cutáneos tipo Corman, con disposición en "X" o en forma de alas de mariposa. Disección del espacio anovaginal hasta exponer ambas lazadas del músculo puborrectal. Liberación cuidadosa de los cabos esfinterianos, respetando los haces vasculonerviosos posterolaterales que inervan el esfínter externo. Disección del espacio interesfinteriano para permitir la posterior plicatura del esfínter anal interno, necesaria para reforzar la pared anterior del canal anal y reparar los pliegues anales distales. Plicatura en dos planos del EAI utilizando monofilamento absorbible 3/0 de larga duración. Reconstrucción del EAE mediante sutura en "U" con monofilamento 2/0 absorbible de larga duración, solapando ambos extremos musculares. Cierre cutáneo anterior cruzando los colgajos previamente confeccionados, para recrear un nuevo cuerpo perineal. Colocación de dos drenajes tipo Redón de 10 French, cruzados transversalmente en el lecho quirúrgico. Cierre del tejido celular subcutáneo con sutura absorbible trenzada 3/0. Sutura cutánea con polipropileno 2/0.

**Discusión:** La incontinencia anal representa una condición debilitante que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. Las opciones terapéuticas van desde medidas conservadoras hasta intervenciones

quirúrgicas, siendo la esfinteroplastia una de las técnicas quirúrgicas más empleadas, especialmente en pacientes con daño anatómico evidente del EAE. El principal factor predictivo de mala evolución es la presencia de lesión neurológica asociada. Además, podemos asociar la realización de colgajos cutáneos de Corman como opción reconstructiva en pacientes con lesión grave del cuerpo perineal.