



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Desgarro rectovaginal con esfínter anal íntegro: una complicación obstétrica infrecuente

Victoria Valdés Devesa*, Albert Font Vilamitjana, Marc Josep Cahuana Bartra, Beatriz Roca Comella y Stefanie Redón Fitzl

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrasa, Barcelona, España

Recibido el 25 de junio de 2011; aceptado el 28 de octubre de 2011
Accesible en línea el 30 de diciembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Canal anal;
Fístula rectovaginal;
Parto

KEYWORDS

Anal canal ;
Rectovaginal fistula;
Parturition

Resumen El desgarro rectovaginal aislado es una complicación de baja incidencia en el ámbito de la obstetricia. Existen pocas publicaciones al respecto, factor que contribuye a la ausencia de consenso en cuanto a su manejo.

En el presente artículo, describimos la ocurrencia de dos lesiones de este tipo en nuestro hospital (1.800 partos/año) en el curso de 10 años. Mediante revisión bibliográfica exponemos factores de riesgo y principios de tratamiento. Resulta fundamental la detección precoz de la lesión, así como su reparación quirúrgica minuciosa. En cuanto a la prevención, el fórceps parece ser el principal factor asociado, por lo que resulta conveniente optar por instrumentos menos lesivos, especialmente en pacientes añosas, primíparas o fetos macrosómicos.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Rectovaginal tear with intact anal sphincter: an uncommon obstetric complication

Abstract The incidence of isolated rectovaginal tear is low in obstetrics and the scarcity of publications on the subject contributes to the lack of consensus on its management. The present article describes the occurrence of two such injuries in our hospital (1800 births / year) over the course of 10 years. Through a literature review, we discuss the risk factors and principles of treatment. Early detection of the injury is essential, as well as meticulous surgical repair. Forceps seems to be the main causative factor and therefore choice of less harmful instruments is advisable, especially in the elderly, primiparous patients, and macrosomic fetuses.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El desgarro rectovaginal con esfínter anal íntegro es una lesión obstétrica de baja incidencia. De hecho, no se incluye en la clasificación de desgarros perineales obstétricos y no

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victoria25valdes@hotmail.com
(V. Valdés Devesa).

existe consenso en cuanto a su manejo o a la técnica idónea de reconstrucción.

En este artículo presentamos 2 casos que tuvieron lugar en nuestro hospital (1.800 partos/año) en el transcurso de 10 años.

Métodos

Caso clínico y revisión bibliográfica.

Descripción de casos

Caso 1

Primigesta de 34 años sin factores de riesgo. Se realiza inducción del parto por gestación cronológicamente prolongada a las 41,4 semanas. Se indica acortamiento de expulsivo con fórceps de Kjelland para una presentación cefálica en tercer plano, variedad occipitopúbica. Las ramas se introducen sin dificultad y se realiza tracción continuada y suave, con descenso fácil de la presentación y episiotomía medio lateral derecha.

En el momento de la extracción del hombro anterior, objetivamos, a través del ano dilatado pero íntegro, el codo posterior del feto protruyendo a través de un desgarró a nivel de tabique rectovaginal.

Finalizamos la extracción fetal, obteniendo una mujer de 4.370 g. La revisión del canal del parto confirma la existencia de un desgarró de bordes limpios de 4 cm, comunicando pared posterior vaginal y recto, en línea media y a unos 3 cm del esfínter anal, íntegro. El defecto se cierra con la ayuda del cirujano de guardia, suturándose desde cara vaginal con puntos sueltos de Vicryl 3/0. Se sutura la mucosa vaginal también con puntos sueltos y, por último, episiotomía según la técnica habitual. Se pauta dieta de baja absorción, laxante y antibiótico de amplio espectro (ácido amoxiclavulámico). La evolución de la paciente fue correcta, siendo dada de alta al octavo día posparto tras haber realizado deposiciones normales.

En la revisión a las 6 semanas, se encontraba asintomática, refiriendo ritmo deposicional y continencia normales. La exploración no detectó anomalías, pero se solicitó, siguiendo nuestro protocolo, una manometría anorrectal, que informó de una hipotonía de esfínter anal externo e interno. Posteriormente, se realizó una ecografía endoanal que informó de esfínteres interno y externo íntegros. Manometría de control normal a los 6 meses.

Caso 2

El segundo caso trata de una inducción por hipertensión gestacional en una primípara, en la que se indicó acortamiento de expulsivo con fórceps de Kjelland para una presentación cefálica en tercer plano, variedad occipitopúbica. Como único dato destacable, la obtención del polo cefálico ofreció cierta dificultad. El neonato pesó 3.250 g. En la revisión del canal del parto se identificó una lesión de 7 cm a 1,5 cm del ano, íntegro. Tras valoración conjunta con cirujano de guardia, se realizaron colostomía sigmoidea, profilaxis antibiótica y reconstrucción de la colostomía

4 meses después. La recuperación posterior fue también correcta.

Discusión

Nuestra revisión bibliográfica, basada en Medline, recoge 19 casos. En ellos se describen lesiones rectovaginales de origen obstétrico y con esfínter anal íntegro, relacionadas fundamentalmente con partos eutócicos y *vacuums* (a pesar de ello, las publicaciones señalan el fórceps como instrumento más lesivo¹).

Llaman la atención, como signos indirectos, la salida de líquido amniótico por el ano incluso antes de la expulsión fetal, y salida de un miembro fetal por el ano².

Entre los factores de riesgo¹⁻³, destacan:

- Factores maternos: edad, primiparidad, pelvis estrechas o factores tisulares de baja distensibilidad.
- Factores fetales: tamaño de la cabeza fetal y fetos macrosómicos, presentación fetal compuesta (por ejemplo, presentación de un miembro).
- Factores relacionados con el parto/iatrogénicos: instrumentación (fórceps fundamentalmente), descenso rápido de la presentación que dificulta adaptación progresiva del periné y exámenes rectales vigorosos.

En cuanto a nuestros casos, ambos partos eran instrumentados y ambas pacientes, primíparas. Además, en el primero, se trataba de un feto macrosómico que presentaba un brazo flexionado. Inicialmente se atribuyó la lesión a una realización incorrecta o a una complicación de la episiotomía, aunque en ambos casos se trataba de episiotomías mediolaterales que difícilmente podían haberse prolongado al tabique rectovaginal. En los casos publicados, se describe dicha lesión asociada a partos con y sin episiotomía, y no se relaciona la ocurrencia de la lesión con la realización inadecuada de la misma.

Aunque estamos ante una complicación infrecuente y difícil de predecir, nuestra labor de prevención se basa en identificar, como mínimo, los factores de riesgo más evidenciables en la historia clínica. Del listado arriba descrito nos centraremos en la edad, la primiparidad y el macrosomía fetal: es sobre todo en estos casos donde debemos optar por instrumentos poco lesivos, controlando la velocidad de descenso y cuidando los exámenes rectales, sin olvidar la importancia del examen rectovaginal exhaustivo tras cualquier parto dificultoso o instrumentado.

En lo que se refiere al tratamiento, los artículos revisados coinciden en 4 puntos básicos¹⁻³:

- Anestesia general.
- Visualización correcta y reparación en quirófano.
- Sutura continua o puntos sueltos con Vicryl, preferentemente desde cara vaginal.
- Laxantes y profilaxis antibiótica de amplio espectro.

No existe consenso en cuanto a la técnica idónea de reconstrucción o la vía de un eventual parto posterior. Rosenhein et al.⁴ publican, en 1980, una clasificación de defectos rectovaginales de origen diverso, incluido el obstétrico. Clasifican la lesión según la afectación del cuerpo perineal y su asociación a fístula rectovaginal, y aconsejan

sutura por capas o bien creación de desgarro de cuarto grado y técnica de Warren, según el caso. Aunque se menciona este último procedimiento en algún caso publicado, en principio no parece rentable crear una lesión mayor con el objetivo de reparar la comunicación rectovaginal, que supondría un riesgo añadido de disfunción anal a pesar de una reparación correcta². Por otra parte, el artículo de Rosenhein se refiere a reparaciones de fístulas crónicas, lo cual podría explicar el distinto abordaje del problema.

Desde nuestro punto de vista, la anestesia general es un procedimiento prescindible en aquellos casos en los que a la paciente se le ha realizado anestesia peridural y esta es efectiva. En todo caso, tanto el traslado a quirófano como el tipo de anestesia son indicaciones que el propio cirujano ha de realizar en función de las condiciones en que se encuentre a la hora de reparar la lesión.

La sutura, dada nuestra experiencia, será con puntos sueltos de Vicryl 3/0 y la realización de la colostomía (que mencionamos en nuestro segundo caso clínico y se plantea también en la clasificación de Rosenhein) se limitará, como máximo, a la afectación del tercio superior del tabique rectovaginal, que está cubierto por peritoneo a diferencia de los dos tercios inferiores. Para que la evolución sea óptima, es imprescindible instaurar profilaxis antibiótica de amplio espectro y evitar la impactación fecal (nunca evitar la defecación) mediante la combinación de laxantes pautados y dieta blanda.

En el momento actual no existen datos publicados acerca del pronóstico de la lesión. Las pacientes que presentamos permanecen asintomáticas tras 9 meses y 10 años, respectivamente. Atribuimos los resultados de la manometría anorrectal del caso 1 a una realización demasiado precoz de esta, que ha motivado el cambio de nuestro protocolo al respecto.

Nuestra recomendación en lo referente a un eventual parto posterior es la realización de cesárea electiva, pero tampoco en este aspecto hay datos concluyentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Byrne H, Sleight S, Gordon A, Sella D, Abrahams Y. Unusual rectal trauma due to compound fetal presentation. *J Obstet Gynaecol.* 2008;28:174–5.
2. Morrel B, Flu P, Straub MJ, Vierhout M. Isolated rectal lesions during parturition. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1996;75:495–7.
3. Shaaban. KA; An isolated rectovaginal tear as a complication of vacuum delivery. *J Obstet Gynaecol.* 2008;28:106.
4. Rosenhein NB, Genady RR, Woodruff JD. An anatomic classification of rectovaginal septal defects. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;137:439–42.