



## CASO CLÍNICO

### **Desgarros obstétricos latrógenos. Una entidad más frecuente de lo que desearíamos.**

Blas Flor-Lorente, Teresa Pérez Pérez, Jose Pedro Esclapez Valero  
Hospital Quiron Salud. Valencia.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 34 años con antecedente de dos partos vaginales, el último de ellos hace 2 años. Se trató de un parto distócico instrumentado que le causó un desgarro obstétrico. La paciente acude a la consulta de coloproctología con clínica de incontinencia fecal, dispareunia e infecciones urinarias de repetición. A la exploración física se observa ausencia de tabique rectovaginal y al tacto rectal atonía esfinteriana.



Figura1. Desgarro obstétrico grado IIIc

Como pruebas complementarias se realiza a la paciente el test de incontinencia de Wexner, una manometría anal y una ecografía endoanal. En el test de incontinencia de Wexner la paciente obtiene 19 puntos. En la manometría anal se observa la Presión en Reposo Máxima (PRM) basal media y la Presión de Contracción Voluntaria Máxima (PCVM) disminuidas y asimétricas. La ecografía endoanal muestra un desgarro perineal grado IIIc con lesión del esfínter anal interno (EAI) de 90° (sobre todo lateral) y del Esfínter anal externo (EAE) de 90° (Figura 2), con una puntuación de 15 en la clasificación de Starck (Figura 3).

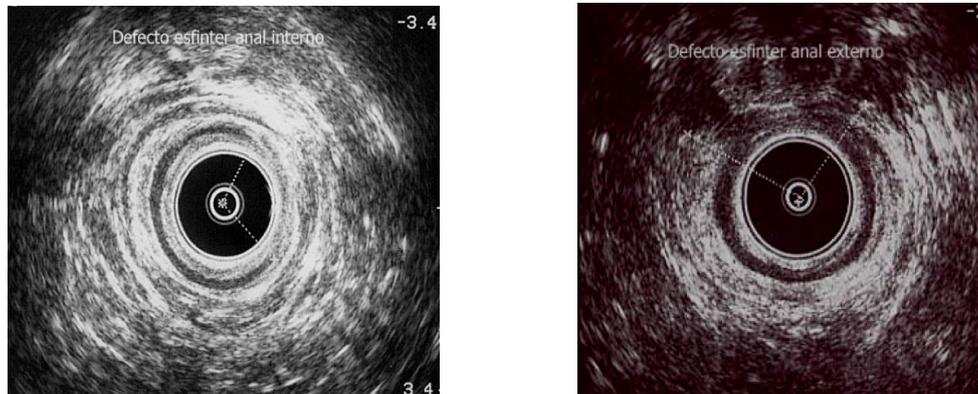


Figura 2. Eco endoanal. A) Lesión EAI lateral. B) Lesión EAE anterior.

Características del defecto	Puntuación			
	0	1	2	3
<b>Esfínter anal externo</b>				
Longitud del defecto en el canal anal	Ninguna	Mitad o menos	Más de la mitad	Toda
Profundidad del defecto	Ninguna	Parcial	Total	–
Tamaño de la lesión en grados de la circunferencia	Ninguna	≤90°	91–180°	>180°
<b>Esfínter anal interno</b>				
Longitud del defecto en el canal anal	Ninguna	Mitad o menos	Más de la mitad	Toda
Profundidad del defecto	Ninguna	Parcial	Total	–
Tamaño de la lesión en grados de la circunferencia	Ninguna	≤90°	91–180°	>180°

Figura 3. Clasificación de Starck

Tras el diagnóstico de cloaca anovaginal y desgarro grado IV se decide intervenir a la paciente. Se propone la realización de una esfinteroplastia con reconstrucción perineal mediante plastia de Corman (Figura 4). Previa a la intervención se realiza preparación anterógrada del colon y se administra profilaxis antibiótica. La paciente presenta un postoperatorio inmediato satisfactorio, por lo que es dada de alta el tercer día postoperatorio con buena tolerancia oral, dolor controlado, afebril y sin complicaciones de la herida.



*Archivos de Coloproctología*, 2018; 1(3):39-44  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201833264](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833264)



Figura 4. Imagen intraoperatoria de la Esfinteroplastia con Anuplastia de Corman

Una semana tras la intervención es revisada en la Consulta de Coloproctología y solo se observa como incidencia una mínima dehiscencia de parte de la sutura que no compromete la plastia. En este momento la paciente ya es continente para heces sólidas y presenta buena evolución. Un mes tras la intervención la paciente presenta la herida prácticamente cicatrizada y la continencia fecal mejora progresivamente. A los 6 meses tras la intervención la paciente es continente para heces, presenta incontinencia ocasional para aires, y refiere relaciones sexuales de forma satisfactoria.



Figura 5. Imagen de la esfinterioplastia a los 6 meses.

## DISCUSIÓN

La incontinencia anal es definida por la International Continence Society como la pérdida involuntaria de aires o heces, que se convierte en un problema social o



*Archivos de Coloproctología, 2018; 1(3):39-44*  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201833264](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833264)

de higiene (1). Esta patología constituye un problema a nivel médico, social y económico que puede llegar a afectar hasta a un 2% de la población (2).

Pueden distinguirse tres tipos de incontinencia: Incontinencia pasiva, que consiste en la pérdida de aires o heces es de forma inconsciente, y es debida a una pérdida de percepción/mal funcionamiento de los reflejos rectoanales con o sin disfunción esfinteriana. Incontinencia de Urgencia, en la que el paciente activamente intenta evitar la pérdida de heces y suele deberse a una lesión esfinteriana. Y el Soiling o ensuciamiento, que es el escape inconsciente de pequeña cantidad de material fecal, causado habitualmente por evacuación incompleta, alteración de la sensibilidad rectal, o tras esfinterotomía o hemorroidectomía.

La causa traumática más frecuente de incontinencia anal en mujeres es la lesión obstétrica del esfínter anal (3), y se estima que afecta a una de cada 20 mujeres hasta un año después del parto (3).

Los factores de riesgo identificados para la lesión obstétrica del esfínter anal son la larga duración de la segunda etapa del parto, el parto instrumentado, el alto peso al nacer, la primiparidad y la episiotomía en la línea media (4-5). La lesión obstétrica del canal anal se clasifica en cuatro grados de desgarro:

- Grado I: Lesión mucosa vaginal
- Grado II: lesión de la mucosa vaginal y la musculatura perineal sin lesión del esfínter.
- Grado IIIa: Lesión del esfínter anal externo de menos del 50%
- Grado IIIb: Lesión del esfínter anal externo de más del 50%
- Grado IIIc: Lesión del esfínter anal externo y el esfínter anal interno
- Grado IV: Lesión del esfínter anal externo, del esfínter anal interno y de la mucosa rectal.

Para el diagnóstico de incontinencia anal no son precisas pruebas complementarias complejas. La anamnesis debe de ser exhaustiva incluyendo antecedentes obstétricos, hábitos alimenticios, toma de medicación y patología asociada. La escala de incontinencia de la *Cleveland Clinic* "Wexner" es sencilla y proporciona una valoración de las características de las heces y de la frecuencia de los episodios de incontinencia, donde 0 representa la continencia perfecta y 20 el grado máximo de incontinencia. Una prueba complementaria imprescindible para el estudio de estas pacientes en la ecografía endoanal, ya que permite obtener imágenes de los esfínter y diagnosticar el grado de lesión. A pesar de que la ecografía endoanal es la única prueba imprescindible, también se puede realizar una manometría anal, en la que se mide la presión basal del esfínter anal interno y la presión de contracción.

La cloaca anovaginal causada por una lesión obstétrica grado IV, así como los grados III severos son lesiones graves que afectan psicológicamente en gran



*Archivos de Coloproctología, 2018; 1(3):39-44*  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201833264](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833264)

medida a las mujeres que la sufren y que a menudo no reciben la atención adecuada. La reconstrucción de la anatomía original es una técnica compleja que va más allá de la correcta realización de la reparación de los esfínteres ya que precisan de reconstrucción asociada del tabique recto-vaginal, no requiriendo, en muchas ocasiones, derivación fecal temporal (6-7).

La reparación esfinteriana puede llevarse a cabo mediante dos técnicas quirúrgicas: la esfinteroplastia o la esfinterorrafia. En el caso clínico que se expone se realiza una esfinteroplastia asociada a una anuplastia de Corman para la reconstrucción de la anatomía, con muy buenos resultados. En la revisión de la Cochrane de 2013 (8) no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas en relación con el dolor perineal, la dispareunia, incontienencia para aires ni incontinencia fecal, sin embargo si se observa una reducción estadísticamente significativa de la Urgencia defecatoria en la esfinteroplastia. Por otra parte, el estudio de Kuismanen et al (9) en el que comparan ambas técnicas no encuentran diferencias estadísticamente significativas, aunque indican que los desgarros más leves se repararon con esfinterorrafia y los más graves con esfinteroplastia. Por desgracia, la mayor parte de los estudios son series cortas y retrospectivas, en las que la experiencia personal del cirujano y la escuela marcan la manera de hacerlo, siendo muy difícil de demostrar la superioridad de una u otra técnica. También indican que la clasificación de la lesión es un factor pronóstico importante, ya que las pacientes con lesiones grado IIIc-IV presentaron peores resultados que las pacientes con lesiones grado IIIa-IIIb en términos de calidad de vida y resultados de la manometría anal (9). Farrell et al (10) hallaron, en su ensayo clínico aleatorizado en el que se realizó una esfinterorrafia a un 39% de pacientes y una esfinteroplastia a un 61%, que a los 6 meses y a los tres años tras la cirugía el 39 y el 43% de las mujeres respectivamente refería algún grado de incontinencia, por lo que hay mujeres que a pesar de la reparación primaria precisan otros métodos alternativos tras la cirugía.

La modulación del nervio sacro y la neuromodulación del tibial posterior presentan buenos resultados en la incontinencia fecal, aunque los tiempos de seguimiento son cortos (11). La terapia con células madre y la ingeniería tisular podrían abrir nuevas puertas para la reconstrucción de la anatomía y de la función esfinteriana (12-13).

Es imposible sacar conclusiones sobre un caso clínico ya que su nivel de evidencia es muy bajo; sin embargo, dada la baja prevalencia de este tipo de patología, el conocimiento generado por los más expertos y su transmisión son la única vía que tenemos para hacer las cosas mejores.

## BIBLIOGRAFÍA



*Archivos de Coloproctología*, 2018; 1(3):39-44  
[https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201833264](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201833264)

1. Norton C, Christiansen J, Butler U, Harari D, Nelson RL, Pemberton J, et al. Anal incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury, Wein A editor(s). *Incontinence*. 2nd Edition. Plymouth: Health Publication Ltd, 2002: 985–1044.
2. Wald A. Clinical practice. Fecal incontinence in adults. *N Engl J Med*. 2007;356:1648–55.
3. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI . Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993. 329(26):1905–1911.
4. De Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HCS. Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2001. 108(4):383–387.
5. Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonon B, Oian P. Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: a case-control study. *BJOG* . 2012. 119(6):724–730.
6. Kaiser AM. Multimedia Article. Anovaginal reconstruction with bilateral x-flaps and sphincteroplasty for cloaca-like deformity after obstetrical injury. *Dis Colon Rectum*. 2007 Oct;50(10):1707
7. Maldonado PA, Mcintire D, Corton MM. Long-Term Outcomes After Overlapping Sphincteroplasty for cloacal-like deformities. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2018 Jan 10.
8. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R (2013) Methods of repair for obstetric anal sphincter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 12:CD002866
9. Kuismanen K, Nieminen K, Karjalainen K, Lehto K, Uotila J. Outcomes of Primary anal sphincter repair after obstetrics injury and evaluation of a novel three choice assessment. *Techniques in Coloproctology* 2018. 22:209-214
10. Farrell SA, Flowerdew G, Gilmour D et al (2012) Overlapping compared with end-to-end repair of complete third-degree or fourth-degree obstetric tears: three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 120(4):803–808
11. Thin NN, Taylor SJ, Bremner SA et al (2015) Randomized clinical trial of sacral versus percutaneous tibial nerve stimulation in patients with faecal incontinence. *Br J Surg* 102(4):349–358
12. Frudinger A, Pfeifer J, Paede J, Kolovetsiou-Kreiner V, Marksteiner R, Halligan S (2015). Autologous skeletal-muscle-derived cell injection for anal incontinence due to obstetric trauma: a 5-year follow-up of an initial study of 10 patients. *Colorectal Dis* 17(9):794–801.
13. Fitzwater JL, Grande KB, Sailors JL, Acevedo JF, Word RA, Wai CY (2015) Effect of myogenic stem cells on the integrity and histomorphology of repaired transected external anal sphincter. *Int Urogynecol J* 26(2):251–256