

Incontinencia fecal por lesiones ocultas del mecanismo de esfínter anal, y factores asociados en pacientes primíparas sin episiotomía media de rutina

Carlos Belmonte-Montes, J. Andrés Cervera-Servín, José Luis García-Vázquez

Resumen

Introducción: la incontinencia fecal es más frecuente en mujeres, principalmente por la relación con el trauma obstétrico. Los factores que favorecen estas lesiones obstétricas han sido estudiados ampliamente; la Norma Oficial Mexicana ha cancelado el uso rutinario de la episiotomía media en los partos. Los objetivos de esta investigación fueron determinar la frecuencia de lesiones al esfínter anal e incontinencia fecal en mujeres primíparas sin episiotomía media, así como los factores maternos, obstétricos y del recién nacido que pudieran predisponer a estas lesiones.

Material y métodos: se estudiaron primíparas atendidas en el periodo de mayo de 2002 a mayo de 2004, de cualquier edad, sanas, con embarazos a término no complicados. Se realizó interrogatorio de incontinencia, examen clínico y ultrasonido endoanal previos al parto, y se repitió el procedimiento seis semanas después del parto. Se utilizó χ^2 para análisis estadístico.

Resultados: de 122 pacientes, se eliminaron 62 (22 por cesárea y 40 por no acudir al seguimiento). Se observó incontinencia posparto en 14 pacientes (23 %), menor en 13 (22 %) y mayor en una (1.6 %), lesión a esfínteres en siete (12 %), lesiones ocultas en tres (5 %), incontinencia sin lesión a esfínteres en 10 (71 %) y lesión advertida al canal de parto en 45 (75 %).

Conclusiones: hallamos alto índice de lesiones del esfínter anal en primíparas sin episiotomía de rutina, con menor índice de lesiones graves e incontinencia fecal mayor. Hubo probable relación de las lesiones con el tamaño y peso del producto, duración del segundo periodo del parto, lesión advertida y experiencia de quien atiende (no demostrado estadísticamente en este estudio).

Palabras clave: incontinencia fecal, episiotomía, primípara, lesión oculta del esfínter anal.

Summary

Background: Fecal incontinence is more frequent among women, mainly because of obstetrical trauma. The factors that induce these lesions have been widely studied. The Mexican Official Medical Regulations cancelled the routine use of episiotomy during vaginal delivery, taking into account many of these studies. We undertook this study to determine the frequency of anal sphincter lesions and fecal incontinence in primiparous women without episiotomy and related these lesions to maternal, obstetrical and newborn factors that could predispose to the origin of these lesions.

Methods: Primiparous women attended between May 2002 and May 2004, of any age, healthy, with uncomplicated term pregnancies were included. Before labor, a clinical examination, incontinence questionnaire and anal ultrasound were performed and the procedure was repeated 6 weeks after labor. Maternal, delivery and newborn factors were evaluated and compared in cases with fecal incontinence or anal sphincter lesions. Chi square test was utilized for categorical variables.

Results: We studied a total 122 patients, 62 were excluded (22 required Cesarean section and 40 failed to attend follow-up). Of these, postpartum incontinence was reported in 14 (23 %) (minor in 13, 22 %) and major in 1, 1.6 %), sphincter lesion in 7 (12 %), occult lesion in 3 (5 %); incontinence without sphincter lesion in 10 (71 %), and adverted partum canal lesion in 45 (75 %).

Conclusions: We found a high incidence of anal sphincter lesions in primiparous women without routine episiotomy but a reduced incidence of severe lesions and major fecal incontinence. There is a probable relation of lesions with newborn birth-weight and height, duration of 2nd partum period, adverted lesion and attending physician (not statistically demonstrated).

Key words: fecal incontinence, episiotomy, primiparous woman, occult lesion.

Introducción

Departamento de Cirugía, Universidad del Ejército y Fuerza Aérea, Hospital Central Militar.

Solicitud de sobretiros:

Carlos Belmonte-Montes,
Aristóteles 68, Col. Polanco, México, D. F.
Tels.: 5281 3085 y 5281 3029. E-mail: bmcarlos@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 09-06-2005

Aceptado para publicación: 22-05-2006

La incontinencia fecal es un problema médico con profundo impacto social, que afecta la calidad de vida de los pacientes.¹ Es más frecuente en mujeres (seis a ocho veces más que en hombres) debido en gran parte a las lesiones del esfínter anal que se presentan durante los partos (trauma obstétrico).² El trauma obstétrico es la primera causa de incontinencia fecal en mujeres jóvenes, con alta incidencia de lesiones no detec-

tadas durante el parto y que incluso llegan a cursar sin síntomas de incontinencia, por lo que se denominan lesiones oculadas.³ El advenimiento del ultrasonido endoanal, estudio no invasivo, portátil, que no requiere preparación y que se puede efectuar rápidamente, se ha establecido como el estándar de oro para la detección de lesiones en el complejo esfintérico, con alta sensibilidad, y que se ha descrito ampliamente como confiable y elemento fundamental para la detección de lesiones anatómicas del esfínter anal.⁴ Sultan reportó, en un estudio pionero en el campo, una prevalencia de incontinencia fecal de 8.7 %, con lesiones detectables por ultrasonido endoanal hasta en 38 % de los casos, en pacientes tanto multíparas como primíparas con nacimientos vaginales,³ hallazgos que causaron revuelo y que posteriormente han sido validados en otros estudios similares.⁵

Esto es particularmente importante debido, por una parte, a que estas lesiones no diagnosticadas tempranamente evolucionan en su mayor parte a incontinencia fecal,⁶ y existen estudios que demuestran que dicho retraso impacta los resultados funcionales de las reparaciones de esfínter, ya que en pacientes mayores de 40 años se tienen resultados más pobres que cuando se reparan antes;⁷ además, cuestiona la eficacia de las maniobras destinadas a proteger el periné y el mecanismo de esfínter en un parto normal o instrumentado.⁸

También se ha establecido que la incontinencia fecal es diferente en las pacientes multíparas que en las primíparas, considerando que las primeras tienen además de la posibilidad del trauma directo al músculo anal, la lesión de los nervios pudendos, con la consecuente disminución del tono muscular no asociado a defectos musculares.⁹ Por ello, el mejor grupo para el estudio de la incontinencia secundaria a lesiones musculares es el de las primíparas. Un estudio realizado por nosotros en el Hospital Central Militar y publicado en la Revista de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto,¹⁰ realizado entre 1993 y 1996 en 99 primíparas con parto (ya fuera instrumentado o no), a las cuales se les efectuó episiotomía media de manera rutinaria, documentó un índice de lesiones detectadas por ultrasonido de 29 %, de ellas 75 % desarrolló incontinencia fecal, siendo hasta cuatro veces más frecuente en los partos instrumentados (48 vs. 12 %); de manera interesante 10 % presentó lesiones asintomáticas. Estos hallazgos corroboran el alto índice de lesiones del mecanismo de esfínter durante los partos en primíparas, principalmente los instrumentados, y cuestionan fuertemente el valor de la episiotomía. Quizá por estudios como éste, la actualización de la Norma Oficial Mexicana¹¹ no considera la episiotomía media como de rutina en estas mujeres, situación que llevó a nuestra institución (Clínica de Especialidades de la Mujer) a cumplir con dicha norma, en la búsqueda de mejorar los eventos adversos secundarios a la episiotomía media, entre los cuales destaca la incontinencia fecal. Por ello, decidimos analizar de manera prospectiva los resultados de esta nueva conducta en la prevención del trauma del esfínter anal.

Material y métodos

Se llevó a cabo estudio observacional, transversal y analítico de casos consecutivos, al estudiar a las pacientes primíparas que acudieron a consulta externa de la Clínica de Especialidades de la Mujer y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, del 1 de mayo de 2002 al 1 de mayo de 2004. Se incluyeron todas las pacientes primíparas de cualquier edad, sanas y sin datos clínicos de incontinencia fecal, con embarazos entre las 37 a 41 semanas de gestación, no complicados, con feto único vivo en presentación cefálica y sin malformaciones estructurales mayores. Se excluyeron las mujeres multíparas, múltiples, con presentaciones diferentes a la cefálica, embarazos complicados (diabetes, hipertensión, etc.), enfermedades neurológicas centrales o periféricas conocidas, problemas previos de incontinencia fecal o lesiones anatómicas del esfínter anal (postraumáticas, posquirúrgicas o de cualquier otro origen). Inicialmente se estudiaron 122 pacientes, pero se eliminaron 62: 22 por haber terminado el embarazo mediante operación cesárea y 40 porque no retornaron a su cita de seguimiento. Las restantes 60 son la base del presente reporte.

Al momento de su ingreso al estudio, cuatro a seis semanas antes del parto, a las mujeres se les efectuó de manera estandarizada (para evitar cualquier variabilidad asociada a múltiples evaluadores) un interrogatorio de incontinencia, basado en el tipo de materia evacuada y la frecuencia de la misma, con cuatro variedades de materia evacuada: gas, moco, líquido y heces fecales. La frecuencia se catalogó como diaria, una o más veces a la semana, una o más veces al mes. Se documentó el manchado de la ropa interior, el uso de pañal y se definió la urgencia fecal como la incapacidad de contener por cinco minutos el deseo de evacuar. La incontinencia fecal se clasificó en dos grupos:

- *Menor*: salida involuntaria de gases y manchado de la ropa interior sin que afectara la vida social de la paciente.
- *Mayor*: salida involuntaria de materia fecal, líquida o sólida, con profunda incapacidad social.

Se practicó examen clínico anorrectal, de vagina y periné, y un ultrasonido endoanal en la Clínica de Colon y Recto del Hospital Central Militar, evaluación que se repitió completa seis semanas después del parto. El ultrasonido endoanal se efectuó por un solo operador, usando un aparato de ultrasonido tipo 1850 (B & K Medical, Gentofte, Dinamarca) con transductor axial de 360 grados de 7 mHz, cubierto por una punta plástica modificada, llena de agua sin burbujas de aire, cubierto por un condón y lubricado adecuadamente por gel. Las pacientes se examinaron en decúbito lateral izquierdo, rotando el transductor para que quedara anteriormente. Las estructuras del canal anal se describieron en los tres niveles: superior (músculo puborrectal), medio (donde se identifican

Cuadro I. Características generales de las pacientes y los recién nacidos

	Media	Rango	Desviación estándar
Edad materna (años)	23	17-33	3.40
Talla materna (cm)	154	146-163	3.99
Peso materno (kg)	64	48-81	7.07
Edad gestacional (semanas)	39	37-41	0.94
Peso RN (g)	3,035	2,300-4,310	344.40
Talla RN (cm)	50	44-57	1.99
Perímetro cefálico RN (cm)	34	30-37	1.48
Duración del primer periodo de parto (horas)	12	4-27	5.44
Duración del segundo periodo de parto (minutos)	32	4-170	34.55

RN = recién nacido

el esfínter anal externo y el interno) y distal (donde se identifica la porción subcutánea del esfínter externo). El criterio para establecer defectos en el esfínter fue la presencia de una solución de continuidad ultrasonográfica en el músculo en cualquier nivel. Las imágenes fueron impresas (impresora térmica UP-870, Sony, Tokio, Japón) y comparadas las previas con las posteriores al parto.

Durante el parto, atendido conforme al protocolo de labor y expulsión de la institución, se comenzó el pujo en el momento de la visualización de la cabeza fetal en el introito. No se realizó episiotomía media de rutina, reservándose a casos especiales de acuerdo con el criterio del mismo obstetra (en cuyo caso fueron excluidas del estudio). Las lesiones del mecanismo de esfínter identificadas al momento del parto, se consideraron desgarros de tercer y cuarto grado y fueron reparadas por un residente de cuarto año o por un ginecoobstetra. Se utilizó χ^2 para la distribución de variables categóricas. Un valor de *p* menor de 0.05 fue considerado indicador de significancia estadística.

Resultados

Se presentaron 122 pacientes al inicio del estudio, de las cuales fueron eliminadas 62: 22 debido a que requirieron operación cesárea por diferentes motivos obstétricos (maternos y fetales) y 40 por no presentarse a la cita de seguimiento posparto; quedaron 60 pacientes. La edad de las pacientes tuvo una media de 23 años (17 a 33), la talla una media de 154 cm (146 a 163) y el peso una media de 64 kg (48 a 81). Respecto a los recién nacidos, la edad gestacional presentó una media de 39 semanas (37 a 41), el peso una media de 3.035 g (2,300 a 4,310), la talla una media fue de 50 cm (44 a 57) y el perímetro cefálico de 34 cm (30 a 37). La duración del trabajo de parto en el primer periodo del mismo tuvo una media de 12 horas (4 a 27). El segundo periodo del parto presentó una media de 32 minutos (4 a 170) (cuadro I).

Dos partos (3 %) fueron atendidos por un especialista, 24 (40 %) por un residente de tercer año, 25 (42 %) por un residente de segundo año y nueve (15 %) por un residente de primer año.

Se presentó lesión del canal de parto identificada durante el parto en 45 pacientes (75 %), distribuidas de la siguiente manera: 13 (22 %) de primer grado, 25 (42 %) de segundo grado, una (2 %) de tercer grado y seis (10 %) de cuarto grado (cuadro II).

Hubo incontinencia posparto en 14 pacientes (23 %), trece de ellas (22 %) con incontinencia a gases (incontinencia menor) y una paciente (2 %) con incontinencia a líquidos (incontinencia mayor).

De las pacientes con incontinencia a gases: cuatro (7 %) la presentaron de una a tres veces al mes, cuatro (7 %) una vez por semana, una (2 %) dos veces por semana, una (2 %) una vez al día y tres (5 %) dos o más veces al día. En la paciente con incontinencia mayor (a líquidos) la frecuencia fue de una vez al día (cuadro III).

Así mismo, se detectaron lesiones aisladas del esfínter externo por ultrasonido posparto en una paciente (2 %), tres (5 %) presentaron lesión al esfínter interno y tres más, lesión en ambos esfínteres, siendo una de ellas el caso de incontinencia mayor, mientras que las otras dos cursaron asintomáticas, sumando siete pacientes (12 %) con lesión de esfínteres posparto (cuadro IV).

Se comparó el índice de incontinencia, así como los tipos de la misma y las lesiones a ambos esfínteres, con las variables

Cuadro II. Lesión al canal de parto

	Primer grado	Segundo grado	Tercer grado	Cuarto grado	Total	%
Lesión	13	25.0	1.0	6.0	45	75
Sin lesión	-	-	-	-	15	25
Porcentaje	21.6	41.6	1.66	10	-	-

Cuadro III. Presencia y frecuencia de incontinencia posparto

	1-3 veces/mes	1 vez/ semana	2 veces/ semana	1 vez/ día	2 o más veces/día	Total
Incontinencia a gases	4	4	1	1	3	13
Incontinencia a líquidos	-	-	-	1	-	1
Total	4	4	1	2	3	14

del procedimiento del parto, obteniendo los resultados resumidos en el cuadro V. Se comparó la duración del primer periodo de parto en los casos que habían rebasado la media con la presencia de incontinencia y de lesiones a los esfínteres, encontrando seis casos de incontinencia en este grupo (43 % de los casos de incontinencia), dos de lesión al esfínter interno (67 %), ninguno de lesión al esfínter externo y uno de lesión a ambos esfínteres (33 %). En todos, la *p* fue mayor a 0.05.

Se repitió la comparación con las pacientes que presentaron duración del segundo periodo de parto mayor a la media, obteniéndose cinco casos de incontinencia posparto, dos de lesión al esfínter interno, ninguno de lesión al esfínter externo y uno de lesión a ambos esfínteres; nuevamente la *p* fue mayor a 0.05 en todos. Así mismo, se comparó a los recién nacidos cuyo peso era superior a la media de la población, encontrando que hubo incontinencia en 10 casos (71 % del total de incontinencia), lesión al esfínter interno en tres (100 %), lesión al esfínter externo en uno (100 %) y lesión a ambos esfínteres en uno (33 %); en todos la *p* fue mayor de 0.05.

Al agrupar las variables formando un grupo con los recién nacidos de bajo peso, peso normal y macrosomía según los criterios de la Norma Oficial Mexicana, y compararlos con la presencia de lesión de esfínter (interno, externo o ambos) se obtuvo significancia estadística, con una *p* = 0.022. Respecto al perímetro cefálico, de igual manera se comparó a los casos por encima de la media obteniéndose ocho de incontinencia en este grupo, una lesión al esfínter interno, una lesión al esfínter externo y una lesión a ambos esfínteres; todos con *p* mayor de 0.05. Las pacientes con lesión advertida del canal de parto presentaron una incidencia de 11 casos de incontinencia posparto (78 % del total de incontinencia posparto), dos lesio-

nes al esfínter interno (66 %), una al esfínter externo (100 %) y tres a ambos esfínteres (100 %); todas con una *p* mayor de 0.05. Por lo tanto, existieron tres casos de lesión oculta (incontinentes sin lesión advertida durante el parto) que corresponden a 21 % del total de incontinencia posparto y 5 % de la población en estudio. Se observó que en los partos atendidos por especialista (3 % del total de partos) no existieron casos de incontinencia posparto ni lesiones a esfínteres. En los atendidos por residente de tercer año (40 % del total de partos) se observaron dos casos de incontinencia posparto (14 % del total de incontinencia posparto), una lesión a esfínter interno (33 %) y dos lesiones a ambos esfínteres (67 %). Los partos atendidos por residente de segundo año (42 %) presentaron 11 casos de incontinencia posparto (78 % del total de incontinencia posparto), dos lesiones al esfínter interno (66 %), una al esfínter externo (100 %) y una a ambos esfínteres (33 %). En los partos atendidos por residente de primer año (15 %) sólo se presentó un caso de incontinencia posparto y ninguno de lesión a esfínteres. En todos los casos, con una *p* mayor de 0.05 (cuadro V).

Discusión

El presente estudio es la continuación del previamente reportado¹⁰ en pacientes primíparas sometidas a nacimiento vaginal en nuestro medio, donde se corroboró el alto riesgo de lesión de esfínter que tiene este grupo de pacientes, particularmente si el parto es instrumentado, información que coincide con la indicada por otros autores^{12,13} desde la descripción original realizada por Sultan al principio de la década de los

Cuadro IV. Índice de incontinencia y lesión a esfínteres

	Lesión esfínter externo	Lesión esfínter interno	Lesión ambos esfínteres	Sin lesión de esfínter	Total
Incontinencia menor	1	2	0	10	13
Incontinencia mayor	0	0	1	0	1
Continencia normal	0	1	2	43	46
Total	1	3	3	53	60

Cuadro V. Análisis estadístico y comparativo de variables estudiadas

	Incontinencia	Lesión esfínter interno	Lesión esfínter externo	Lesión ambos esfínteres
Duración del primer periodo de parto > media	6 ($p > 0.05$)	2 ($p > 0.05$)	0	1
Duración del segundo periodo de parto > media	5 ($p > 0.05$)	2 ($p > 0.05$)	0	1
Peso RN > media	10 ($p > 0.05$)	3 ($p > 0.05$)	1 ($p > 0.05$)	1
Perímetro cefálico > media	8 ($p > 0.05$)	1 ($p > 0.05$)	1 ($p > 0.05$)	1
Lesión canal de parto	11 ($p > 0.05$)	2 ($p > 0.05$)	1 ($p > 0.05$)	3
Atendió especialista	0	0	0	0
Atendió residente tercer año	2 ($p > 0.05$)	1 ($p > 0.05$)	0	2
Atendió residente segundo año	11 ($p > 0.05$)	2 ($p > 0.05$)	1 ($p > 0.05$)	1
Atendió residente primer año	1 ($p > 0.05$)	0	0	0

RN = recién nacido

noventa. En dicho estudio se especuló acerca del papel de la episiotomía media de rutina en la génesis de la lesión de esfínter en partos no instrumentados donde dicha maniobra era obligada. La Norma Oficial Mexicana¹¹ estableció que la episiotomía no debía efectuarse rutinariamente en todos los casos, lo que llevó a la posibilidad de estudiar una población similar a la descrita pero sin la episiotomía media.

Tal como lo habíamos informado previamente, continuamos con un número elevado de exclusión de pacientes que no retornan a su seguimiento posparto, y las explicaciones más plausibles son la incomodidad de la paciente asintomática ante un examen anorrectal y vaginal completo seguido de ultrasonido, así como el hecho de que siendo esposas de militares en activo pudieran haber cambiado de sitio de residencia por razones de cambio de adscripción del propio militar.¹⁰ Aunado esto a una difícil valoración objetiva de la incontinencia fecal por las múltiples escalas y clasificaciones que existen para la misma.^{14,15}

Llamó la atención la relación entre los productos con un peso por encima de la media y la frecuencia de incontinencia (71 %), así como 100 % de lesiones al esfínter interno y externo y 33 % de lesiones a ambos esfínteres que se observó en este grupo; sin embargo, no se pudo establecer una diferencia estadísticamente significativa con el resto de las variables, excepto al hacer la agrupación en bajo peso, peso normal y macrosomía con lesión al esfínter agrupado, situación en la que hubo significancia estadística y apoya la hipótesis de que un recién nacido de peso mayor a la media tiene mayor riesgo de causar lesiones al esfínter, lo cual debe tomarse en cuenta en madres diabéticas y otras poblaciones de alto riesgo con peso por encima de la media. Probablemente debería realizarse una valoración especializada posparto de rutina en este tipo de pacientes, para la detección oportuna de lesiones no advertidas.

Los casos con lesión advertida del canal de parto durante el mismo presentaron alta frecuencia de incontinencia pos-

parto, como describieron otros autores,^{16,17} 11 casos (78 % del total de incontinencia posparto). De igual manera, todas las lesiones al esfínter externo (100 %) y todas las lesiones de ambos esfínteres (100 %), así como 67 % de lesión al esfínter interno, se relacionaron con lesión advertida del canal de parto. Datos altamente sugestivos de una relación entre estas variables pero que tampoco pudieron ser demostrados estadísticamente.

La comparación entre quien atendió el parto mostró diferencias notables entre los casos de lesión a esfínteres e incontinencia; sin embargo, estos datos deben ser interpretados con cautela debido a que la diferencia en el número de casos atendidos no permite una comparación razonable más que en los residente de tercer y segundo año, en quienes observamos mayor índice de incontinencia en las pacientes atendidas por el residente de menor jerarquía, así como mayor número de lesiones al esfínter, aunque no mostraron significancia estadística. Estas diferencias pudieran deberse a la experiencia del residente de mayor jerarquía para atender un parto, pero no aplican a la cuestión de la reparación de esfínteres en lesiones advertidas, debido a que todas las lesiones advertidas fueron atendidas por un residente de tercer año o especialista. Así mismo, debe tomarse en cuenta que el médico de mayor jerarquía tiende a escoger los partos más difíciles para atenderlos, por lo que sólo podrían obtenerse conclusiones confiables realizando un estudio aleatorio al respecto.

La incidencia de lesiones ocultas de esfínter (lesiones diagnosticadas mediante ultrasonido endoanal sin antecedente de desgarros de tercer o cuarto grado evidentes durante el parto) fue de 5 %, menor de 13 % encontrado en las pacientes sometidas a episiotomía media de rutina, lo que apoya que efectivamente la realización de la episiotomía puede desempeñar un papel en la génesis de dichas lesiones,³ siendo el ultrasonido endoanal el mejor método para detectarlas.¹⁸ Lesiones que han sido asociadas por algunos autores con incontinencia a largo plazo.^{19,20}

Resalta que a diferencia de los hallazgos previamente encontrados por el autor en donde todas las pacientes con incontinencia fecal tenían un defecto en el músculo detectado por ultrasonido,¹⁰ en este estudio sólo cuatro de las 14 que desarrollaron incontinencia posterior al parto tuvieron un defecto claramente identificable en el ultrasonido posparto (29 %), uno de ellos ubicado en el esfínter externo, dos en el interno y una lesión a ambos esfínteres (mismo que presentó incontinencia mayor). Se observaron 10 casos de incontinencia posparto (71 %) en los que no se demostró lesión de esfínteres en el ultrasonido posparto; esto pudiera estar en relación con mayor trauma sobre los nervios pudendos por elongación durante un trabajo de parto en el cual no existe la episiotomía media de rutina, y ello pudiera traducirse en mayor resistencia a la fase expulsiva del producto, mecanismo que se ha descrito como causal en las multíparas,^{21,22} en quienes lo esperable será la recuperación paulatina en caso de no existir ningún otro factor patológico que lo perpetúe o agrave (más trauma obstétrico, cirugías o enfermedades anorrectales), por lo que un seguimiento más prolongado, así como una evaluación fisiológica más completa podrá dar la respuesta correcta.²²

En nuestra serie, al sólo incluir primíparas con partos vaginales sin episiotomía de rutina, es esperable la ausencia de partos instrumentados con vacuum o fórceps, que rutinariamente requieren esta medida; sin embargo, es ampliamente sabida^{23,24} la fuerte asociación entre esta instrumentación y la presencia de lesiones de esfínter, por lo que a nuestro juicio es más relevante tratar de determinar otros factores que pudieran tener un papel en este fenómeno, como la episiotomía media en sí. Al analizar los datos resalta el hecho de que hubo un número muy significativo de lesiones del canal de parto durante los partos en ausencia de episiotomía (75 %), pero sin lesión mayor del mecanismo de esfínter.

Cuando se estudian las lesiones del mecanismo de esfínter en nuestro grupo, comparando con la serie publicada, excluyendo los partos instrumentados no hay diferencia en el rubro de lesiones advertidas del esfínter (12 vs. 12 %), pero sí en la incontinencia fecal mayor (1.6 vs. 5 %). Estos hallazgos pudieran interpretarse como que el riesgo de incontinencia fecal mayor sí es menor en el grupo sin episiotomía media de rutina. En otras variables, tales como las lesiones detectadas por ultrasonido (11 vs. 16 %), no hubo diferencia significativa, pero sí en el rubro de las lesiones ocultas (5 vs. 13 %), lo que apoya la posibilidad de que la episiotomía facilita la presencia de lesiones al mecanismo de esfínter. Sin embargo, siendo ésta una comparación de dos grupos no aleatorizados, las conclusiones no pueden ser consideradas definitivas.

Respecto al patrón de lesiones ultrasonográficas, es similar a los ya descritos por nosotros y otros autores,^{3,25,26} con fuerte asociación de defectos ultrasonográficos de espesor completo a lesiones advertidas y reparadas del esfínter durante el parto, sin que la ausencia de episiotomía media lo afectara. La presen-

cia de tres lesiones aisladas de esfínter interno, hallazgo similar al reportado por Sultan y nosotros en el estudio previo, indica una deficiente técnica de reparación del mecanismo de esfínter al momento de la lesión como probable explicación, y el hecho de que estas pacientes puedan permanecer asintomáticas durante tiempos prolongados.²⁵ Aunque se debe mencionar que algunos autores han postulado que el parto no produce defectos aislados del esfínter interno.²⁷

Nuestros datos remarcán la importancia del seguimiento dirigido en pacientes primíparas jóvenes (22 años edad media) a la búsqueda de incontinencia fecal o lesiones del mecanismo de esfínter detectadas por ultrasonido, pues su incidencia es alta (23 y 12 % respectivamente), y la posibilidad de más lesiones obstétricas es esperable dada su edad y el índice de natalidad en nuestro país.

Conclusión

El presente estudio corrobora el alto índice de lesiones de esfínter anal asociado a nacimientos vaginales en pacientes primíparas, aun cuando no sean sometidas a episiotomía media de rutina o instrumentación. El único beneficio aparente de esta nueva política, que puede ser muy significativo, es menor incidencia de lesiones anatómicas graves y de la incontinencia fecal consecuente, así como de las lesiones ocultas. Aparentemente existe influencia de la longitud del producto, la duración de la segunda fase del parto y la experiencia de quien atiende el parto (factores que no pudieron ser demostrados estadísticamente), así como del peso del producto, el cual sí tuvo significancia estadística para la génesis de lesión de esfínteres. En la inteligencia que dichos hallazgos deberán ser corroborados mediante un estudio prospectivo y aleatorio en este grupo de pacientes, o por lo menos con una muestra mayor, agrupando variables para lograr mayor significancia estadística.

Referencias

1. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2001;44(1):131-139.
2. Mellgren A, Jensen LL, Zetterstrom JP, Wong WD. Long term cost of fecal incontinence secondary to obstetric injuries. *Dis Colon Rectum* 1999;42:857-867.
3. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905-1911.
4. Belmonte MC, Chiapa CM. Ultrasonografía transanal. En: Colon, recto y ano, enfermedades médico-quirúrgicas. México: Editores de Textos Mexicanos; 2003. pp. 122-128.
5. Faltin DL, Boulvain M, Bretones S. Diagnosis of anal sphincter tears by postpartum endosonography to predict fecal incontinence. *Obstet Gynecol* 2000;95(5):643-647.
6. Sultan AH. Anal incontinence after childbirth. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1997;9:320-324.

7. Zetterstrom J, López A, Anzen B, Norman M, Holmstrom B, Mellgren A. Anal sphincter tears at vaginal delivery. Risk factors and clinical outcome of primary repair. *Obstet Gynecol* 1999;94:21-28.
8. Carroli G, Balizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database System Review* 2000;1:1-9.
9. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labor. Prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:22-28.
10. Belmonte-Montes C, Hagerman G, Vega-Yepez PA, Hernández-de-Anda E, Fonseca-Morales V. Anal sphincter injury after vaginal delivery in primiparous females. *Dis Colon Rectum* 2001;44(9): 1244-1248.
11. Norma Oficial Mexicana. Apartado de Atención al parto; 1996.
12. Pirhonen JP, Grenman SE, Haadem K, et al. Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland. Result of difference in manual help to baby's head. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998;77:947-957.
13. Roman H, Robillard PY, Payet E, El Amrani R, Verspyck E, Marpeau L, Barau G. Factors associated with fecal incontinence after childbirth. Prospective study in 525 women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33(6 Pt 1):497-505.
14. Yusuf SA, Jorge JM, Habr-Gama A, Kiss DR, Gama Rodrigues J. Evaluation of quality of life in anal incontinence: validation of the questionnaire FIQL (fecal incontinence quality of life). *Arq Gastroenterol* 2004;41(3):202-208.
15. Kwon S, Visco AG, Fitzgerald MP, Ye W, Whitehead WE. Validity and reliability of the Modified Manchester Health Questionnaire in assessing patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2005;48(2):323-331.
16. Fenner D, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey J. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(6):1543-1549.
17. Sze EH. Prevalence and severity of anal incontinence in women with and without additional vaginal deliveries after a fourth-degree perineal laceration. *Dis Colon Rectum* 2005;48(1):66-69.
18. Willis S, Faridi A, Schelzig S, Hoelzl F, Kasperk R, Rath W, Schumpelick V. Childbirth and incontinence: a prospective study on anal sphincter morphology and function before and early after vaginal delivery. *Langenbecks Arch Surg* 2002;387(2):101-107.
19. Faridi A, Willis S, Schelzig P, Siggelkow W, Schumpelick V, Rath W. Anal sphincter injury during vaginal delivery—an argument for cesarean section on request? *J Perinat Med* 2002;30(5):379-387.
20. Oberwalder M, Dinnwitzter A, Baig MK, Thaler K, Cotman K, Nogueras JJ, et al. The association between late-onset fecal incontinence and obstetric anal sphincter defects. *Arch Surg* 2004;139(4):429-432.
21. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell, O'Herlihy C. Obstetrics events leading to anal sphincter damage. *Obstet Gynecol* 1998;92:955-61.
22. Fitzpatrick M, O'Brien C, O'Connell R, O'Herlihy C. Patterns of abnormal pudendal nerve function that are associated with postpartum fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(3):730-735.
23. Sultan AH, Johansson RB, Carter JE. Occult anal sphincter trauma following randomized forceps and vacuum delivery. *Int Gynecol Obstet* 1998;61:113-119.
24. Bolland RC, Gardiner A, Duthie GS, Lindow SW. Anal sphincter injury fecal and urinary incontinence. A 34 years follow-up after forceps delivery. *Dis Colon Rectum* 2003;46(8):1083-1088.
25. Zetterstrom J, Mellgren A, Jensen LL, et al. Effect of delivery on anal sphincter morphology and function. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1253-1260.
26. De Leeuw J-W, Vierhout ME, Struijk PC, et al. Anal sphincter damage after vaginal delivery. *Dis Colon Rectum* 2002;45(6):1004-1010.
27. Damon H, Henry L, Barth X, Mion F. Fecal incontinence in females with past history of vaginal delivery. Significance of anal sphincter defects detected by ultrasound. *Dis Colon Rectum* 2002;45(11):1445-1451.

