

Presentación de una paciente con desgarró perineal obstétrico

Presentation of a Patient with Perineal Obstetric Tear

Yoandra Benítez González¹, Marileydis Verdecia Ramírez²

1. Especialista de Segundo Grado en Coloproctología. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Fisiología Normal y Patológica. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión sobre desgarró perineal obstétrico, motivada por la presentación de un caso atendido en la Consulta de Coloproctología del Hospital Provincial General Vladimir Ilich Lenin en diciembre de 2015. Se trató de una mujer blanca de 29 años procedencia rural, que hacía alrededor de ocho años tuvo un parto distócico instrumentado, con complicación de un desgarró de la musculatura del periné, que le producía incontinencia anal y dificultad al contacto sexual. Una vez diagnosticada como un desgarró perianal grado IV, se realizó chequeo preoperatorio, luego una intervención quirúrgica mayor electiva ambulatoria con anestesia local infiltrativa. Se le realizó una reconstrucción perianal y se le siguió de manera ambulatoria por consulta para evitar la aparición de complicaciones tardías. La paciente tuvo una evolución satisfactoria con alta médica a los 60 días. La aparición de esta afección ocurre en alrededor del 0,4% al 5% de los partos vaginales, la causa más común asociada con laceraciones perineales severas es la episiotomía. La incidencia de desgarrós de grados III o IV es del 9% a 27% en las mediales. La episiotomía, como se ve en este y en otros estudios, no protege al esfínter y su uso no debería ser de rutina, sino electivo. El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal.

Palabras clave: desgarró perineal, trauma obstétrico, incontinencia anal.

ABSTRACT

A review of obstetric perineal tear was carried out, motivated by the presentation of a case attended at the Coloproctology Consultation of the General Provincial Hospital Vladimir Ilich Lenin in December of 2015. The patient was a white woman of 29 years of rural origin, who was about eight years had a dystocic instrumental delivery, with complication of a tearing of the perineum muscles, which caused anal incontinence and difficulty to sexual intercourse. Once diagnosed as a grade IV perianal tear, a preoperative check was performed, followed by elective ambulatory surgery with local infiltrative anesthesia. A perianal reconstruction was performed and was followed on an outpatient consultation to avoid the occurrence of late complications. The patient had a satisfactory evolution with medical discharge at 60 days. The onset of this condition occurs in about 0.4% to 5% of vaginal deliveries, the most common cause associated with severe perineal lacerations is episiotomy. The incidence of grade III or IV tears is from 9% to 27% in medial tears. Episiotomy, as seen in this and other studies, does not protect the sphincter and its use should not be routine, but elective. Obstetric trauma is the main and almost exclusive cause of injuries at the level of the perineal musculature with variable repercussions on fecal continence.

Keywords: perineal tear, obstetric trauma, anal incontinence.

INTRODUCCIÓN

El traumatismo perineal de grados variables constituye la forma más frecuente de lesión obstétrica. El perineo es el área entre la vagina y el recto que puede desgarrarse durante el parto. En la práctica clínica, estos desgarró a menudo se suturan. Sin embargo, los desgarró pequeños también pueden cicatrizar bien sin interferencia quirúrgica. El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal.

La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia. Según su extensión y el grado de afectación muscular, se diferencian tres grados:

- Desgarro perineal de primer grado: interesa piel, tejido celular subcutáneo y músculos bulbocavernoso y transversos superficiales y profundo.
- Desgarro perineal de segundo grado: si se afecta el músculo elevador del ano.
- Desgarro perineal de tercer grado: si se lesiona el mecanismo esfinteriano anal.

Algunos autores consideran un cuarto grado si la lesión es completa lesionando en su totalidad el esfínter interno y la mucosa rectal.

La reparación quirúrgica puede asociarse con resultados adversos como: dolor, malestar e interferencia en las actividades normales durante el puerperio y posiblemente la lactancia. La reparación quirúrgica también repercute sobre el volumen de trabajo clínico y los recursos humanos y económicos. El desgarro perineal de tercer grado puede ser reparado inmediatamente tras el parto. Si la destrucción anatómica no es completa, los síntomas suelen aparecer tras una semana. Si se conserva el fascículo profundo del esfínter externo, la sintomatología se limita a incontinencia de gases. Si se destruye totalmente el esfínter aparece incontinencia fecal.

La reparación secundaria debe diferirse un mínimo de cuatro a seis meses, para restablecer adecuadamente el aporte vascular de los márgenes del defecto y optimizar la viabilidad de los tejidos perineales. La cirugía reconstructiva debe reponer la angulación anterior del canal anal mediante la plicatura de los músculos puborrectales y la reparación de los fascículos intermedio y superficial del esfínter externo. En el preoperatorio es necesario eliminar el contenido fecal, para ello se recomienda instaurar en las 48 h previas a la cirugía, dieta semilíquida y en el día anterior, el uso de enemas de limpieza.

El objetivo de esta contribución fue ampliar el conocimiento teórico-práctico sobre el desgarro perineal obstétrico en nuestro servicio que puede ser tratado de forma ambulatoria con evolución satisfactoria de las pacientes.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Se trató de una mujer blanca de 29 años procedencia rural, que hace alrededor de ocho años tuvo un parto distócico instrumentado, con complicación un desgarro de la musculatura del periné, que le producía incontinencia anal y dificultad al contacto sexual, por lo que decidió acudir al Servicio de Coloproctología del Hospital Provincial General Vladimir Ilich Lenin, de Holguín, en diciembre de 2015.

Examen físico

Región perianal: apéndice cutáneo posterior, ano deformado ([fig. 1](#)).

Tacto rectal: atonía esfinteriana, no tabique rectovaginal, no tumor.



Fig. 1. Estado del paciente al diagnóstico

Una vez diagnosticada como un desgarro perianal grado IV, se realizó chequeo preoperatorio y anestésico y se decidió realizar intervención quirúrgica mayor electiva ambulatoria con anestesia local infiltrativa ([fig. 2](#)).



Fig. 2. Acto quirúrgico

Se le realizó una reconstrucción perianal, se puso antibiótico vía oral; en el postoperatorio fue conveniente instaurar dieta líquida a las 24 h e introducir progresivamente dieta semilíquida y

pobre en residuos a partir de las 48 h, se le siguió de forma ambulatoria por consulta cada siete días para evaluar el funcionamiento del los esfínteres del ano y evitar la aparición de complicaciones tardías ([fig. 3](#)).

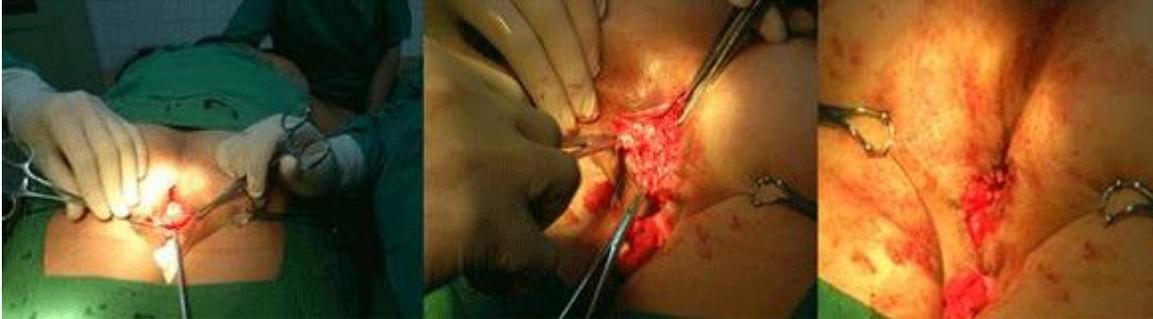


Fig. 3. Reconstrucción perineal

Se atendió la paciente en consulta a los siete días de operada, tuvo buena evolución: esfínter normotónico tabique rectovaginal resistente ([fig. 4](#)).



Fig. 4. Evolución a los siete días

Se siguió la paciente en consulta a los 30 días de operada, tenía la región perianal con cicatrización y granulación satisfactoria ([fig. 5](#)).



Fig. 5. Evolución a los 30 días

Se consultó la paciente a los 60 días de operada, con una evolución satisfactoria se decidió alta médica definitiva ([fig. 6](#)).



Fig. 6. Evolución a los 60 días (alta definitiva)

DISCUSIÓN

El trauma obstétrico constituye la causa principal y casi exclusiva de las lesiones a nivel de la musculatura perineal con repercusión variable sobre la continencia fecal¹. La expulsión del feto ocasiona lesiones que pueden limitarse a la mucosa de la horquilla perineal, tegumentos, tejido celular subcutáneo o extenderse a estructuras musculares que intervienen en los mecanismos de defecación y continencia¹.

A pesar que la incontinencia anal es multifactorial, la mayoría de las mujeres que la padecen tienen alguna injuria esfinteriana posterior a parto vaginal. La causa más común asociada con laceraciones perineales severas es la episiotomía. La incidencia de desgarros de grados III o IV es

del 0,5% a 2% en episiotomías mediolaterales, 9% a 27% en las mediales y 0% a 4% si no se realiza. La episiotomía, como se observa en este y en otros estudios, no protege al esfínter, y su uso no debe ser de rutina, sino electivo. Alrededor de 30% a 50% de estas mujeres sufren incontinencia, dispareunia, urgencia fecal o dolor perineal².

La incontinencia anal es un problema importante en salud pública; el trauma obstétrico es la causa más común en las mujeres y afecta al 10% luego del parto. Las investigaciones muestran que durante el parto vaginal ocurre lesión tanto por un mecanismo muscular directo, como por uno neurológico indirecto, y la rotura del esfínter es el factor principal de incontinencia. Luego de un desgarro perineal de tercer grado, que ocurre en alrededor del 0,4% al 5% de los partos vaginales, los porcentajes de incontinencia oscilan de 19%-58% en los siguientes meses a 7%-42% luego de varios años³.

Con la ultrasonografía anal se demuestra que hasta el 35% de las mujeres primíparas tienen defectos ocultos del esfínter y alrededor de un tercio desarrollará incontinencia o urgencia anal. Los futuros partos complican más la situación, al igual que el envejecimiento y las alteraciones hormonales durante la menopausia⁴.

Se debe recomendar la cesárea a las secundíparas en los siguientes casos: persistencia de síntomas de incontinencia fecal luego del primer parto, defecto esfinteriano con baja presión del canal anal y cirugía previa de incontinencia anal. Algunas medidas para prevenir la incontinencia serían restringir el uso de episiotomía, preferir la episiotomía mediolateral, usar el extractor por vacío en lugar de fórceps, entrenar al personal en la anatomía y reparación del periné y uso selectivo de cesárea⁴.

Se recomienda la realización de ejercicios del piso pelviano como prevención. En esta paciente el desgarro estuvo asociado con la episiotomía. Existe consenso en cuanto a que las lesiones no visibles clínicamente y asintomáticas no deben recibir reparación primaria⁵.

Aún no hay suficientes estudios aleatorizados que comparen la cesárea electiva con el parto vaginal en cuanto a la protección del piso pelviano del trauma obstétrico. Se debe ser muy cuidadoso al recomendar la primera, y la elección debe ser realizada por la paciente luego de evaluar toda la información necesaria para comprender sus riesgos y beneficios³.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Abril González FP, Guevara Villareal AS, Ramos Cruz A, Rubio Romero JA. Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá (Colombia) 2007. Rev Colombiana Obstet Ginecol. 2009 [citado 13 ene 2016]; 60(2):143-151. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200004&lng=en

2. Ho CY, Sole G, Munn J. The effectiveness of manual therapy in the management of musculoskeletal disorders of the shoulder: A systematic review. Man Ther. 2009 [citado 13 ene 2016]; 14(5): 463-474. Disponible en:

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1356689X09000551

3. Fernández Domínguez FC, Oliva Pascual Vaca A, Ruiz López K, Caufriez M. Análisis del masaje perineal y de otras medidas físicas en relación al desgarro perineal y al uso de la episiotomía durante el parto. Cuest Fisioter. 2012 [citado 13 ene 2016]; 41 (2): 127-140. Disponible en:

<http://www.cuestionesdefisioterapia.com/index.php/es/main/articulos/article/41/2/6>

4. Martínez Galiano JM. Influencia de la episiotomía versus el desgarro perineal sobre la normalización de las relaciones sexuales en púerperas. NURE Investigación. 2009 [citado 13 ene 2016]; 6(43). Disponible en:

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/466>

5. Folch M, Parés D, Castillo M, Carreras R. Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. Cirug Española. 2009 [citado 13 ene 2016]; 85(6):341-347. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X09000530>

Recibido: 17 de octubre de 2016

Aprobado: 9 de diciembre de 2016

Dra. *Yoandra Benítez González*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
Correo de contacto: yobenitez@infomed.sld.cu