



Incontinencia anal causada por un traumatismo obstétrico. Experiencia con la técnica de esfinteroplastia por superposición

Paulino Martínez Hernández Magro,* Mario Alberto Godínez Guerrero,** Eduardo Rivas Larrauri,*** David Herrera Huterer,*** Raúl Barrón Vega**

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Introducción: la incontinencia anal puede ser idiopática, congénita, neurogénica o causada por un traumatismo, con mayor frecuencia obstétrico.

Objetivo: comunicar los resultados obtenidos en un grupo de pacientes con incontinencia causada por traumatismo obstétrico, tratadas con esfinteroplastia por superposición.

Pacientes y métodos: se incluyeron todas las pacientes que acudieron a valoración al servicio de ginecoobstetricia, debido a una incontinencia anal causada por una lesión obstétrica del complejo esfinteriano sin traumatismo neurológico, de enero del 2002 a enero del 2006, y a las cuales se les realizó esfinteroplastia por sobreposición. Se evaluó la mejoría en la continencia de acuerdo con la escala de Jorge y Wexner antes y después de la operación, así como la morbilidad y la mortalidad generadas por el procedimiento.

Resultados: se reclutaron 16 pacientes, casi todas con incontinencia total a sólidos con valores preoperatorios de 16 a 20 puntos en la escala de Jorge y Wexner. Después de la operación, 14 (87.5%) pacientes refirieron mejoría, con valores posoperatorios de 4 a 0 puntos; dos de las mujeres, que tenían defectos en ambos esfínteres y en 50% de la circunferencia del esfínter, no mostraron mejoría significativa, por lo que fueron enviadas a sesiones de biorretroalimentación. No hubo mortalidad. Siete (43.7%) de ellas tuvieron dehiscencia de la piel en la herida quirúrgica.

Conclusiones: la esfinteroplastia por sobreposición es una técnica idónea para la reparación del traumatismo obstétrico; tiene una tasa de éxito relativamente alta (70 a 80%) y bajos índices de morbilidad.

Palabras clave: incontinencia anal, traumatismo obstétrico.

ABSTRACT

Introduction: Anal incontinence (IA) could be of idiopathic, congenital, neurological origin, or secondary to trauma. Obstetric trauma is the most common cause of the traumatic anal incontinence.

Objective: To analyze results of a group of patients with anal incontinence secondary to obstetric trauma, with overlapping sphincteroplasty.

Patients and methods: All patients with anal incontinence secondary to obstetric trauma without neurological damage, between January 2002 to January 2006 were studied; all of them underwent overlapping sphincteroplasty. We evaluated improvement in incontinence score according Jorge and Wexner incontinence scale, pre and postoperatively as well as morbi-mortality rates.

Results: 16 patients, most of them with total anal incontinence, with preoperative values between 16 to 20 points at the Jorge and Wexner scale; 14 patients (87.5%) referred improvement in their values with 4 to 0 points postoperatively, two patients did not refer significant improvement, both of them with defects in both sphincters and loss of the 50% of the entire sphincteric complex. They were sent to biofeedback therapy. There was not mortality. Seven patients (43.7%) had skin dehiscence.

Conclusions: Overlapping sphincteroplasty is an accurately technique for repair obstetric trauma injuries of the anal sphincter, with a success rate of 70 to 80%, and a low morbidity rate.

Key words: anal incontinence, obstetric trauma.

RÉSUMÉ

Introduction : l'incontinence anale (IA) peut être idiopathique, congénitale, neurogénique ou due à un traumatisme, le plus souvent obstétrical.

Objectif : communiquer les résultats obtenus d'après un groupe de patientes avec incontinence due à un traumatisme obstétrical, employant la technique de sphinctéroplastie par superposition.

Patients et méthodes : on a inclus toutes les patientes qui sont venues à valorisation au service de gynéco-obstétrique, du fait d'une incontinence anale due à une lésion obstétricale du complexe sphinctérien sans traumatisme neurologique, de janvier 2002 à janvier 2006, et qui ont subi une sphinctéroplastie par superposition. On a évalué l'amélioration dans la continence selon l'échelle de Jorge et Wexner avant et après la chirurgie, ainsi que la morbidité et la mortalité générées par le procédé.

Résultats : on a recruté 16 patientes, presque toutes avec une incontinence totale aux selles solides avec des valeurs préopératoires de 16 à 20 points sur l'échelle de Jorge et Wexner. Après la chirurgie, 14 (87.5%) patientes ont rapporté amélioration, avec des valeurs postopératoires de 4 à 0 points ; deux femmes, qui présentaient des anomalies dans les deux sphincters et dans 50% de la circonférence

du sphincter, n'ont pas montré une amélioration significative, pour cela elles ont été envoyées à des sessions de biorétroalimentation. Il n'y a pas eu de mortalité. Sept d'entre elles (43.7%) ont eu déhiscence de la peau sur la plaie chirurgicale.

Conclusions : la sphinctéroplastie par superposition est une technique idoine pour la réparation du traumatisme obstétrical, elle a un taux de réussite relativement haut (70 à 80%) et de faibles indices de morbidité.

Mots-clés : incontinence anale, traumatisme obstétrical.

RESUMO

Introdução: a incontinência anal (IA) pode ser idiopática, neurogénica, ou causada por um traumatismo, mais freqüentemente obstétrico.

Objetivo: comunicar os resultados obtidos num grupo de pacientes com incontinência causada por traumatismo obstétrico, mediante o uso de técnica de esfinteroplastia por superposição.

Pacientes e métodos: Todas as pacientes que assistiram a avaliação ao serviço de ginecobiatria foram incluídas, por causa dum a incontinência anal provocada por uma lesão obstétrica do complexo esfintérico sem traumatismo neurológico, a partir de Janeiro de 2002 até janeiro de 2006, e às quais se lhes fez esfinteroplastia por superposição. Avaliou-se o melhoramento na incontinência segundo a escala de Jorge e Wexner antes e depois da operação, além da morbilidade e mortalidade geradas pelo procedimento.

Resultados: se reclutaram 16 pacientes, quase todas com uma incontinência total a sólidos com valores pre-operatórios de 16 a 20 pontos segundo a escala de Jorge e Wexner. Depois da operação, 14 (87,5%) pacientes apresentaram melhoria, com valores pós-operatórios de 4 a 0 pontos; duas das mulheres que tinham defeitos em ambos esfíncteres e em 50% da circunferência do esfínter, não mostraram uma melhoria significativa, pelo que foram remetidas a sessões de biorretroalimentação. Não houve mortalidade. Sete (43,7%) delas tiveram deiscência da pele na ferida cirúrgica.

Conclusões: a esfinteroplastia por superposição é uma técnica ótima para a reparação do traumatismo obstétrico; tem uma taxa de sucesso relativamente alta (70 a 80%) e baixos índices de morbilidade.

Palavras chave: incontinência anal, traumatismo obstétrico.

La continencia anal es una función compleja que involucra factores anatómicos y fisiológicos.^{1,2} Se llama incontinencia anal al paso involuntario de gases o heces líquidas y sólidas a través del ano en un momento o lugar inadecuados.^{1,2,3} Ocurre más frecuentemente en pacientes de la tercera edad y mujeres, con una incidencia reportada de 1 a 10% en la población adulta,¹ y de 46% en ancianos residentes en asilos;² sin embargo, su incidencia real se desconoce, debido al estigma que genera.⁴

El origen de la incontinencia puede ser idiopático, congénito, neurogénico o traumático, en este caso sobre todo por procedimientos obstétricos. La incontinencia anal puede deberse, también, a una lesión del nervio pudendo por compresión de la cabeza fetal o estiramiento del piso pérvico durante el trabajo de parto, en particular en la prolongación de la segunda etapa de éste.^{5,6}

* Cirujano de colon y recto.

** Ginecoobstetra.

Hospital Guadalupano de Celaya.

*** Ginecoobstetra. Celaya, Guanajuato.

Correspondencia: Dr. Paulino Martínez Hernández Magro. Azucenas 137, colonia Rosa Linda I, CP 38060, Celaya, Guanajuato, México. Tel.: (461) 6162123. E-mail: paulinomhm@hotmail.com Recibido: abril, 2006. Aceptado: junio, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El impacto psicosocial de la incontinencia anal puede ser devastador porque reduce de manera importante la calidad de vida y genera problemas emocionales; al mismo tiempo, representa un problema económico para la paciente y el sistema de salud. En un estudio se encontró que se gastaron 17,166 dólares por paciente en la evaluación y tratamiento de este padecimiento.⁷

El propósito de este estudio es comunicar los resultados obtenidos en un grupo de mujeres con incontinencia causada por un traumatismo obstétrico, con la aplicación de la técnica de esfinteroplastia por superposición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todas las pacientes que acudieron a valoración al servicio de ginecoobstetricia debido a incontinencia anal causada por una lesión obstétrica del complejo esfinteriano sin daño neurológico, de enero del 2002 a enero del 2006. El diseño del estudio fue retrospectivo, longitudinal y observacional. Se revisaron los expedientes de las pacientes y se obtuvieron los siguientes datos: edad, número de gestaciones, antecedentes de parto instrumentado, grado de incontinencia pre y posoperatoria y complicaciones del procedimiento.

A todas las pacientes se les realizó una exploración física, proctológica y ginecológica completa, en la cual se percibió un adelgazamiento considerable del tabique recto-vaginal y el ano anormalmente cercano al introito vaginal (figura 1). Esta exploración se llevó a cabo mediante palpación directa al mismo tiempo del examen proctológico; además, se les realizó un ultrasonido endoanal con medición directa del cuerpo perineal, la cual se hace en el tercio medio del conducto anal a través de tacto vaginal, presionando con un dedo hacia la pared posterior de la vagina y midiendo la distancia entre la superficie interna del esfínter anal interno y la reflexión sonográfica de la punta del dedo.



Figura 1. Lesión anterior del complejo esfinteriano causada por un traumatismo obstétrico.

El grado de incontinencia fecal se evaluó mediante la clasificación de Jorge y Wexner⁸ (cuadro 1) antes de la operación y a los seis meses. Se descartó en todas las pacientes la existencia de una lesión neurogénica por medio de una electromiografía anal (se excluyó del estudio a las mujeres con prolongación de los potenciales de acción y aumento de la densidad de las fibras), aunque en algunas se hizo ultrasonido endoanal para corroborar el defecto anatómico (pacientes en las cuales había duda acerca de la extensión de la lesión, incluyendo a las que tenían reparación previa y antecedentes de cirugía anorrectal, figura 2).

Antes de la operación, a todas las pacientes se les hizo una preparación colónica completa y se les

Cuadro 1. Escala de incontinencia de Jorge y Wexner

Tipo	Frecuencia*				
	Nunca	Rara	Algunas veces	Generalmente	Siempre
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de protectores	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

*0 = perfecta, 20 = incontinencia total.

Nunca = 0

Rara vez = menos de una vez al mes.

Algunas veces = menos de una vez por semana, pero más de una vez al mes.

Generalmente = menos de una vez al día, pero más de una vez por semana.

Siempre = más de una vez al día.

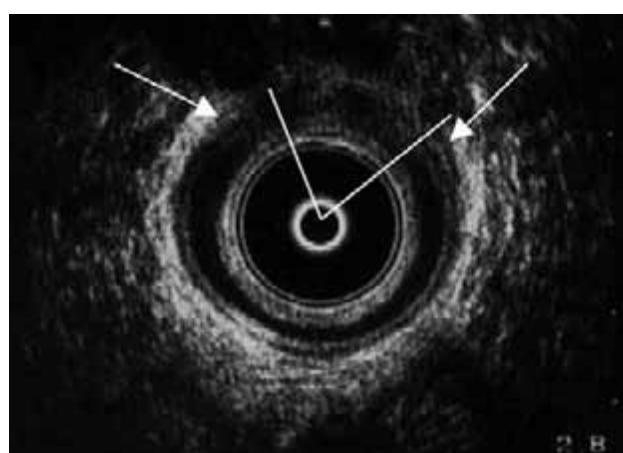


Figura 2. Ultrasonido endoanal en el tercio medio del conducto anal. Lesión anterior del complejo esfinteriano. Las flechas muestran los extremos del esfínter anal externo (anillo hiperecogénico) y la zona entre las líneas el defecto en el esfínter anal interno (anillo hipoecogénico).

prescribieron antibióticos intraluminales e intravenosos profilácticos. El día del procedimiento, y después de la administración de anestesia regional, se les puso una sonda de Foley a derivación y se colocaron en posición de navaja sevillana. Se inició la operación haciendo una incisión semicircular entre el ano y la vagina; posteriormente, se separó el anodermo para aislar las dos estructuras del tejido cicatricial y del complejo esfintérico (figura 3), las cuales se retira-

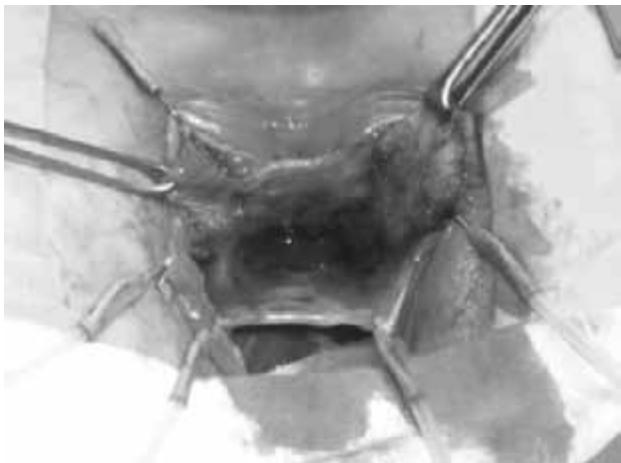


Figura 3. Incisión semicircular para disecar tejido cicatricial y del complejo esfinteriano.

ron completamente de la grasa que hay en las fosas isquiorrectales a los lados, hasta traer los extremos del complejo esfintérico hacia la línea media, de tal forma que pudieran sobreponerse sin tensión (figura 4). Después, se reconstruyó el cuerpo perineal y la piel se cerró con sutura reabsorbible (figura 5). En ocasiones fue necesario efectuar una resección de la fistula y plastia de elevadores (figura 6). Las pacientes se mantuvieron en ayuno y con sonda de Foley a derivación tres días después de la operación para evitar la contaminación de la herida; tras ese procedimiento fueron dadas de alta.

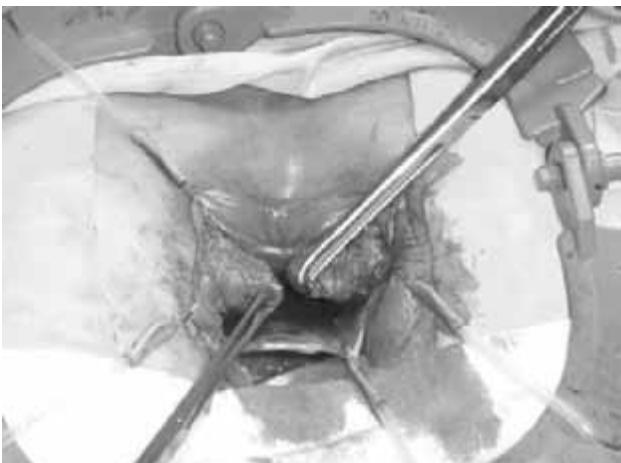


Figura 4. Los extremos del complejo esfinteriano se disecan hacia la línea media, de tal forma que puedan sobreponerse sin tensión.



Figura 5. Reconstrucción final con la piel, cerrada con sutura reabsorbible.

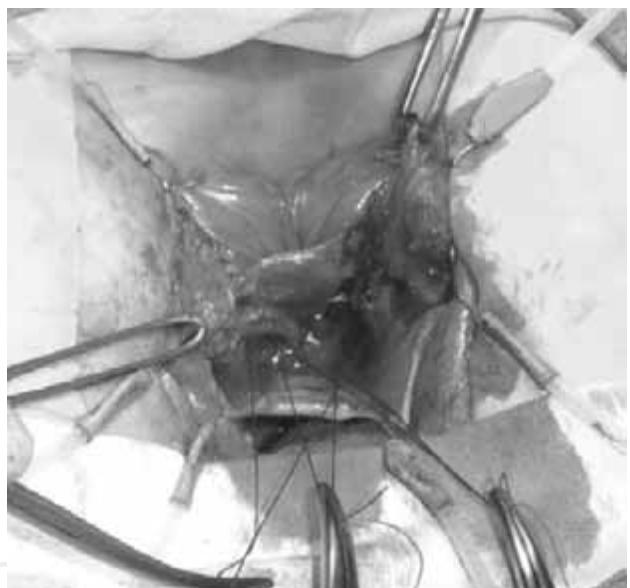


Figura 6. Plastia de elevadores.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron 16 pacientes de 27 a 57 años de edad (media 41 años) con incontinencia anal debida a una lesión anterior del complejo esfintérico, con adelgazamiento considerable del tabique recto-vaginal y el ano localizado anormalmente cerca

del introito vaginal. El tiempo de seguimiento varió de seis meses a cuatro años en las pacientes iniciales. Todas habían tenido partos vaginales: ocho eran primíparas, cuatro secundíparas y cuatro multíparas; sólo dos (12.5%) tenían antecedentes de partos instrumentados por productos macrosómicos. A todas se les había realizado, por lo menos en alguna ocasión, una episiotomía (11 posterolaterales y cinco medianas). Cinco mujeres (31%) tenían padecimientos concomitantes (diabetes mellitus e hipertensión y una paciente insuficiencia renal crónica); en tres pacientes (18.7%) se había intentado una reparación previa, y una (6.25%) tenía, además, una fistulotomía debido a una fistula perianal. A 13 pacientes (81.25%) se les hizo un ultrasonido endoanal, mediante el cual se encontró una lesión esfintérica anterior: en nueve pacientes en el esfínter externo (correspondiendo a la zona de la episiotomía) y en cuatro en ambos esfínteres. A seis de las mujeres (37.5%) con desgarro grado III se les practicó una plicatura de elevadores, y a dos de ellas una resección de la fistula recto-vaginal. Una paciente tenía un pólipos vellosos en el tercio inferior del recto, mismo que fue eliminado. No hubo mortalidad. Siete pacientes (43.7%) tuvieron dehiscencia de la piel en la herida quirúrgica sin rotura de la reparación esfinteriana y sólo hubo retraso en la cicatrización, que ocurrió cuatro semanas después de la cirugía, aproximadamente, sin que esto afectara los resultados funcionales. Una de las mujeres (6.25%) sufrió de impactación fecal, la cual se solucionó con la aplicación de enemas.

La mayoría de las pacientes tenía incontinencia total a sólidos con valores preoperatorios de 16 a 20 en la escala de Jorge y Wexner. Después de la operación, 14 de ellas (87.5%) mejoraron y sus valores en la misma escala fueron de 4 a 0 puntos, aunque dos no mostraron una mejoría significativa, debido quizás a que tenían defectos en ambos esfínteres y en 50% de la circunferencia del esfínter, por lo que se enviaron a biorretroalimentación.

DISCUSIÓN

La incontinencia anal es un problema común e incapacitante, más frecuente en personas de edad avanzada y en mujeres como resultado de los partos vaginales. Se ha reportado que 4% de las pacientes

sufren cierto grado de incontinencia posterior a su primer parto vaginal.^{9,10} La causa más común es un traumatismo obstétrico,^{2,11-18} que puede ocurrir ya sea por lesión del complejo esfinteriano o por neuropatía por tracción del nervio pudendo.^{5,9,11} El uso de instrumentos durante el parto, la existencia de productos macrosómicos y la prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto son factores que aumentan este riesgo.^{5,6,19,20}

Se ha indicado que la mayor parte de los defectos esfinterianos involucran sólo al esfínter anal externo debido a la realización de la episiotomía,^{11,15} como se pudo apreciar en estas pacientes por medio del ultrasonido endoanal.

Los defectos en el complejo esfinteriano no siempre se detectan de manera adecuada durante la exploración física, por lo que el ultrasonido endoanal ha demostrado ser de ayuda en el diagnóstico de la incontinencia anal. A través de este estudio se puede identificar el tamaño del defecto y saber si se encuentran afectados ambos esfínteres; además, no es doloroso y ayuda a definir el tipo de tratamiento.^{11,16-18,21,22}

La reparación de los defectos esfinterianos mediante esfinteroplastia tiene resultados aceptables en 70 a 80% de las pacientes;²³⁻²⁶ en este estudio, esa cifra se elevó a 87%. Las principales complicaciones que origina el procedimiento son las relacionadas con el cierre de la piel.²⁴ Entre las participantes de este estudio, 43.7% tuvo dehiscencia de la piel, lo que no afectó los resultados funcionales.

Es necesario hacer seguimiento a largo plazo de las pacientes, ya que se ha reportado que los resultados funcionales pueden deteriorarse con el tiempo.²⁷

CONCLUSIONES

La causa más frecuente de incontinencia anal es un traumatismo obstétrico, como la episiotomía. El ultrasonido endoanal ayuda a identificar los defectos y a definir el tipo de tratamiento a seguir. La esfinteroplastia por sobreposición es una técnica adecuada para la reparación del traumatismo obstétrico, ya que tiene una tasa de éxito relativamente alta (70 a 80%) y un bajo índice de morbilidad (relacionada generalmente con el cierre de la piel).

REFERENCIAS

1. Belmonte MC, Hernández de Anda E, Fonseca MV. Incontinencia anal. En: Correa Rovelo JM, Bernal Sahún F. 1^a ed. México: JGH Editores, 1998;pp:125-38.
2. McCrea L, Wang KS, Edelstein PS. Incontinencia fecal. En: Takeshi Takahashi M. Colon, recto y ano. Enfermedades medicoco quirúrgicas. 1^a ed. México: Editores de Textos Mexicanos, 2003;pp:226-41.
3. Thomas TM, Egman M, Walgrave A, et al. The prevalence of fecal and double incontinence. Community Med 1984;6:216-20.
4. Leigh RJ, Turnberg L. Fecal incontinence: The unvoiced symptom. Lancet 1982;1:1349-51.
5. Harder F, Ackermann C. Cirugía del tracto intestinal. En: Hirsch, Käser, Ikle, editores. Atlas de cirugía ginecológica. 5^a ed. Madrid: Editorial Marban, 1997;pp:609-51.
6. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993;329:1905-19.
7. Mellgren A, Jensen LL, Zetterstrom JO, et al. Long-term cost of fecal incontinence secondary to obstetric injuries. Dis Colon Rectum 1999;42:857-65.
8. Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1993;36:77-97.
9. Fynnes MM, Marshall K, Cassidy M, et al. A prospective randomized study comparing the effect of augmented biofeedback with sensory biofeedback alone on fecal incontinence after obstetric trauma. Dis Colon Rectum 1999;42:753-61.
10. Briel JW, de Boer LM, Hop WCJ, Schouten WR. Clinical outcome of anterior overlapping external anal sphincter imbrication. Dis Colon Rectum 1998;41:209-14.
11. Martínez HMP, Villanueva SE, Jaime ZM, et al. Endoanal sonography in assessment of fecal incontinence following obstetric trauma. Ultrasound Obstet Gynecol 2003;22:616-21.
12. Oliveira L, Wexner SD. Anal incontinence. En: Beck DE, Wexner SD, editors. Fundamentals of anorectal surgery. 2^a ed. Philadelphia: Saunders, 1998;pp:115-52.
13. Roig JV, Villoslada C, Lledo S. Prevalence of pudendal neuropathy in fecal incontinent: results of a prospective study. Dis Colon Rectum 1995;38:952-8.
14. Belmonte MC, Hagerman G, Vega-Yepez PA, et al. Anal sphincter injury after vaginal delivery in primiparous females. Dis Colon Rectum 2001;44:1244-8.
15. Abramowitz L, Sobhani I, Ganansia R, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Dis Colon Rectum 2000;43:590-8.
16. Rasmussen O, Puggard L, Christiansen J. Anal sphincter repair in patients with obstetric trauma. Dis Colon Rectum 1999;42:193-5.
17. Fynnes MM, Behan M, O'Herlihy C, O'Connell PR. Anal vector volume analysis complements endoanal ultrasonographic assessment of postpartum anal sphincter injury. Br J Surg 2000;87:1209-14.
18. Varma A, Gunn J, Lindow SW, Duthie GS. Do routinely measured delivery variables predict anal sphincter outcome? Dis Colon Rectum 1999;42:1261-4.
19. Donnelly V, Fynnes M, Campbell D, et al. Obstetric events leading to anal sphincter damage. Obstet Gynecol 1998;92:955-61.
20. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. Br Med J 1994;308:887-91.
21. Law PJ, Kamm MA, Bartram CI. A comparison between electromyography and anal endosonography in mapping external anal sphincter defects. Dis Colon Rectum 1990;33:370-3.
22. Law PJ, Kamm MA, Bartram CI. Anal endosonography in the investigation of faecal incontinence. Br J Surg 1991;78:312-4.
23. Kanduha KS, Padmanabhan A, Kerner BA, et al. Reconstruction of rectovaginal fistula with sphincter disruption by combining rectal mucosa advancement flap and anal sphincteroplasty. Dis Colon Rectum 1999;42:1432-7.
24. Buie WD, Lowry AC, Rothemberger DA, Madoff RD. Clinical rather than laboratory assessment predicts continence after anterior sphincteroplasty. Dis Colon Rectum 2001;44:1255-60.
25. Corman ML. Anal incontinence following obstetrical injury. Dis Colon Rectum 1985;28:86-89.
26. Engel AF, Kamm MA, Sultan AH, et al. Anterior anal sphincter repair in patients with obstetric trauma. Br J Surg 1994;81:1231-4.
27. Malouf AJ, Norton CS, Engel AF, et al. Long-term results of overlapping anterior anal sphincter repair for obstetric trauma. Lancet 2000;355:260-5.