



Enfermedades ano-rectales durante el embarazo y el puerperio

Dr. Ulises Rodríguez-Wong*

RESUMEN

Durante el embarazo ocurren cambios hormonales y de la presión intraabdominal que condicionan la aparición de enfermedades ano rectales como la enfermedad hemorroidal y la fisura anal, además el trauma obstétrico puede ocasionar la aparición de defectos en el esfínter anal y el tabique recto vaginal, condicionando la aparición de incontinencia anal y fístulas recto vaginales.

Palabras clave: Enfermedades ano-rectales, enfermedades ano-rectales en el embarazo, trauma obstétrico, enfermedad hemorroidal, fisura anal, incontinencia anal, fístula recto-vaginal.

ABSTRACT

During pregnancy hormonal changes and an increase of the intraabdominal pressure takes place, then some ano rectal diseases appear like an hemorrhoidal disease and anal fissures. Besides, obstetric traumas could produce anal sphincter damage and lesions to the recto vaginal wall, appearing anal incontinence or rectovaginal fistulas.

Key words: Ano-rectal diseases, ano-rectal diseases during pregnancy, obstetric trauma, hemorrhoidal diseases, anal fissure, anal incontinence, rectovaginal fistula.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades ano-rectales son frecuentes durante el embarazo, aunque no existen cifras exactas, se calcula que aproximadamente 85% de las mujeres con enfermedad ano-rectal presentaron sus primeros síntomas durante el embarazo o en el puerperio inmediato.¹

Durante el embarazo se producen cambios hormonales que pueden causar un incremento en la vascularidad en la piel, músculos y tejido conjuntivo del periné. Durante el tercer trimestre existe hipertrofia de los músculos anales y distensión de la fascia pélvica. Los niveles de progesterona altos y la disminución de la motilidad retardan el tránsito intestinal, provocando constipación.^{2,3}

Los plexos hemorroidales contienen receptores estrogénicos que pueden favorecer directamente la congestión venosa y el edema. Por otra parte, existe congestión venosa secundaria al crecimiento uterino y al aumento en la presión de las venas ilíacas internas.⁴

La mayor parte de los problemas ano-rectales en la mujer embarazada se deben a enfermedad hemorroidal y sus complicaciones, el siguiente padecimiento en orden de frecuencia es la fisura anal. Durante el trabajo de parto, por vía vaginal, pueden ocurrir lesiones del esfínter anal y del

tabique recto-vaginal que ocasionen incontinencia anal o fístulas recto-vaginales.

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

La enfermedad hemorroidal, se define como la dilatación varicosa de los plexos hemorroidales del conducto anal con la aparición de signos y síntomas; se estima que en los hombres existe una frecuencia dos veces mayor que en las mujeres. La incidencia de esta enfermedad se incrementa con la edad, de tal manera que se calcula que 50% de las personas mayores de 50 años han desarrollado algún grado de enfermedad hemorroidal; sin embargo, puede presentarse en cualquier edad. La distribución de esta enfermedad es mundial, aunque parece haber una mayor frecuencia en países desarrollados.^{5,6}

Se han señalado una gran variedad de factores predisponentes asociados con la aparición de enfermedad hemorroidal tales como la herencia, posición erecta, ausencia de válvulas en los plexos hemorroidales, hipperfusión del esfínter anal interno y obstrucción del retorno venoso provocado por aumento de la presión intraabdominal. El aumento de la presión portal hepática puede ocasionar congestión del plexo hemorroidal interno.

Es indispensable realizar una historia clínica adecuada y una exploración proctológica completa, que debe incluir

* Coloproctólogo en el Hospital Juárez de México.



rectosigmoidoscopia, para descartar otros padecimientos ano-rectales, que pueden tener signos y síntomas similares a los de la enfermedad hemorroidal, incluso descartar la posibilidad de una neoplasia colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal.⁷

El embarazo y el parto por vía vaginal predisponen a las mujeres a desarrollar enfermedad hemorroidal, debido a cambios hormonales e incremento de la presión intraabdominal. Se ha estimado que de 25 a 35% de las mujeres embarazadas se verán afectadas por este padecimiento.⁸ En algunos grupos de población, hasta 85% de las mujeres embarazadas pueden sufrir de enfermedad hemorroidal durante el tercer trimestre del embarazo.⁹ El embarazo agrava la enfermedad hemorroidal preexistente,⁴ propiciando la aparición de trombosis. En un estudio realizado por Abramowitz, de 165 mujeres embarazadas, 13 (7.87%) desarrollaron trombosis durante el tercer trimestre del embarazo y 33 (20%) pacientes en el posparto inmediato.⁹

La hemorroidectomía durante el embarazo ha sido considerada arriesgada, debido a la posibilidad de complicaciones como hemorragia postoperatoria, parto prematuro, cicatrización retardada de las heridas quirúrgicas, complicaciones con la episiotomía; por estas razones la paciente embarazada que se presenta con enfermedad hemorroidal aguda debe manejarse habitualmente con medidas conservadoras.¹⁰ De tal manera que el tratamiento está dirigido a aliviar los síntomas, especialmente si hay dolor; se incluyen medidas como modificaciones dietéticas, laxantes, tratamiento local y flebotónicos.¹¹

En caso de ser necesaria la resolución quirúrgica de la enfermedad hemorroidal aguda durante el embarazo, sobre todo, cuando se presenta trombosis, deberán resolverse solamente el o los paquetes hemorroidales sintomáticos.¹²

Generalmente se utiliza la posición de Sims. La posición de navaja sevillana se recomienda únicamente durante el primer trimestre. La anestesia deberá ser, preferentemente, local.

En edades fetales por arriba de 20 semanas, se aconseja establecer monitoreo fetal, en tanto que la monitorización de la madre debe incluir el registro de la tensión arterial y la saturación de oxígeno. La mayoría de las pacientes requieren de un día de hospitalización, con remisión de la sintomatología.⁴

Al terminar el embarazo, algunas pacientes pueden requerir tratamiento complementario: ligadura con banda elástica o hemorroidectomía. Algunos autores han reportado que hasta 16% de sus pacientes, tratadas quirúrgicamente durante el embarazo, han requerido hemorroidectomía subsecuente.¹⁰

FISURA ANAL

La trombosis hemorroidal externa y la fisura anal constituyen las dos enfermedades ano-rectales más frecuentes durante el embarazo y el puerperio. En un estudio de 165 pacientes, Abramowitz, encontró dos fisuras anales durante el embarazo (1.2%) y 25 fisuras anales en el posparto (15.2%); en otro estudio, Corby, reportó una incidencia de 9% de fisuras anales en el posparto.¹³

La fisura anal es una enfermedad frecuente, que afecta a adultos jóvenes o de edad media, pero también puede observarse en lactantes, niños y ancianos, generalmente se asocia con dolor y hemorragia.¹⁴ Se puede definir como una solución de continuidad de forma oval en el anodermo, que se localiza inmediatamente por debajo de la línea dentada y llega hasta la apertura anal. El factor desencadenante en la formación de la fisura anal es la sobredistensión durante el esfuerzo del conducto anal; puede ser aguda y superficial o crónica, en cuyo caso pueden verse fibras musculares expuestas, márgenes fibrosos, un apéndice cutáneo "centinela" redundante y una papila anal hipertrófica (triada de Brodie). En 99% de los hombres y en 90% de las mujeres las fisuras anales se encuentran en la línea media posterior; las demás fisuras se ubican en la línea media anterior; sin embargo, en presencia de fisuras de localización atípica debe sospecharse de otro tipo de etiología.

El músculo liso del esfínter anal interno es el principal responsable de la presión en reposo anal. Varios autores demostraron que los pacientes con fisura anal tienen un aumento en la presión en reposo del esfínter anal.¹⁵⁻¹⁷ No obstante, también se ha demostrado que existe disminución del flujo sanguíneo con un trastorno de la microcirculación, lo cual provoca una capacidad de cicatrización disminuida.¹⁸

En virtud de que la constipación es uno de los factores más importantes en la aparición de las fisuras anales durante el embarazo, el tratamiento se basa en la utilización de laxantes para facilitar la evacuación y baños de asiento con agua caliente. No se recomienda el uso de algunas sustancias que puedan disminuir el tono del esfínter anal como la toxina botulínica, ya que ponen en riesgo al producto¹⁹ y no se ha demostrado una hipertonia del esfínter anal en las mujeres embarazadas con fisura anal.¹³

INCONTINENCIA ANAL

Se calcula que la incontinencia anal afecta a 10% de las mujeres en edad adulta.²⁰ Se ha considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de incontinencia



anal en la mujer el trauma obstétrico durante el parto vaginal; que puede ocasionar diversos grados de lesión del esfínter anal, especialmente cuando se realiza episiotomía, cuando ocurre desgarro perineal, o cuando se utilizan fórceps.

En un análisis de 259 pacientes, se realizaron estudios de ultrasonografía del complejo esfinteriano anal, seis semanas antes y ocho semanas después del parto; en total 233 pacientes fueron completamente evaluadas, incluidas 31 pacientes a quienes se les había realizado operación cesárea. En este estudio se encontró la aparición de defectos del esfínter anal en 16.7% (14% en el esfínter externo, 1.7% en esfínter interno y 1% en ambos), en el puerperio inmediato de los partos, todos ellos por vía vaginal;²⁰ los factores de riesgo identificados en este estudio fueron los desgarros perineales, la utilización de fórceps, la realización de episiotomía, el trabajo de parto prolongado y la multiparidad.

En otro análisis fueron evaluadas 197 pacientes, después de su primer parto, mediante ultrasonografía para detectar defectos en el esfínter anal; 66 pacientes (33.5%) tuvieron defectos en el esfínter anal, 21 pacientes (10.6%) persistieron con la incontinencia anal 12 semanas después del parto, después de seis años se logró dar seguimiento a 54 pacientes, 11 de las cuales aún presentaban incontinencia anal.²¹

No solamente los defectos en el esfínter anal ocasionan la incontinencia anal que se puede presentar en el posparto, también se han identificado otros factores como el prolapso y el descenso perineal, secundarios a un debilitamiento en el piso pélvico que ocurre en la mujer durante el embarazo y el parto.²²

FÍSTULA RECTOVAGINAL

Las fístulas rectovaginales son poco frecuentes y ocurren con una frecuencia menor a 5% con respecto a otros tipos de fístulas de la región ano-rectal y pueden tener diferentes causas.²³ Las fístulas recto vaginales más frecuentes en la mayoría de las series publicadas^{24,25} son las secundarias a trauma obstétrico espontáneo o iatrogénico, ocupando hasta 88%. Generalmente ocurre un impacto funcional, psicológico y social grande en las mujeres que presentan este tipo de problema.²⁶

En un estudio previo que realizamos en el Hospital Juárez de México encontramos 16 pacientes con fístula rectovaginal postobstétrica, durante el periodo de tiempo comprendido entre 1992 a 2006, en todos los casos existió el antecedente de episiotomía o laceración perineal, dos pacientes presentaron además incontinencia anal.²⁷

CONCLUSIONES

Durante el embarazo ocurren cambios hormonales y de la presión intraabdominal que condicionan la aparición de enfermedades ano-rectales como la enfermedad hemorroidal y la fisura anal, además el trauma obstétrico pueden ocasionar la aparición de defectos en el esfínter anal y el tabique recto-vaginal, condicionando la aparición de incontinencia anal y fístulas recto-vaginales. La detección oportuna de estas enfermedades y el tratamiento conservador, cuidando el binomio materno-fetal, en el caso de la enfermedad hemorroidal y las fisuras anales, es fundamental; en tanto que las lesiones ocasionadas por el trauma obstétrico durante el parto vaginal, deberán atenderse en forma temprana, para restablecer al máximo la fisiología ano-rectal y disminuir el impacto social y psicológico que ocasionan estos problemas.

REFERENCIAS

1. Pope CE. Anorectal complications of pregnancy. *Am J Surg* 1952; 84: 579-91.
2. West L, Warren J, Cutts T. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome, constipation, and diarrhea in pregnancy. *Gastroentero Clin North Am* 1992; 21: 793-801.
3. Christofides ND, Ghates MA, Bloom SR. Decreased plasma motilin concentrations in pregnancy. *Br Med J* 1982; 21: 793-801.
4. Rodríguez-Wong U. Tombosis hemorroidaria durante el embarazo. *Rev Hosp Jua Mex* 1995; 62: 26-7.
5. Saclarides TJ, Brand MI. Evolving trends in the treatment of anorectal diseases. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1245-52.
6. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of haemorrhoids and chronic constipation: an epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990; 98: 380-6.
7. Hulme-Moir M, Bartolo DC. Hemorrhoids. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30(1): 183-97.
8. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M, Madelenat P. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 650-5.
9. Gojnic M, Dugalic V, Papic M, Vidakovic S, Milicevic S, Pervulov M. The significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2005; 32: 183-4.
10. Saleeby RG Jr, Rosen L, Stasik JJ, Riether RD, Sheets J, Khubchandani IT. Hemorrhoidectomy during pregnancy: risk or relief?. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 260-1.
11. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy



- and the puerperium (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD004077.
12. Hayssen TK, Luchtefeld MA, Senagore AJ. Limited hemorrhoidectomy: results and long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 909-15.
 13. Corby H, Donnelly VS, O'Herlihy C. Anal canal pressures are low in women with postpartum anal fissure. *Br J Surg* 1997; 84: 86-8.
 14. Rodríguez-Wong U. Fisura anal. *Rev Hosp Jua Mex* 1992; 59: 88-90.
 15. Arabi Y, Alexander-Williams J, Keighley MRB. Anal pressures in hemorrhoids and anal fissures. *Am J Surg* 1977; 134: 608-10.
 16. Hancock BD. The internal sphincter and anal fissure. *Br J Surg* 1977; 64: 92-5.
 17. Farouk R, Duthie GS, McGregor AB, Bartolo DC. Sustained internal sphincter hypertonia in patients with chronic anal fissure. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 424-9.
 18. Schouten WR, Briel JW, Auwerda JJ, De Graaf EJ. Ischaemic nature of anal fissure. *Br J Surg* 1996; 83: 63-5.
 19. Staroselsky A, Nava-Ocampo AA, Vohra S, Koren G. Hemorrhoids in pregnancy. *Can Fam Physician* 2008; 54: 189-90.
 20. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Darai E, Mignon M, et al. Are sphincter defects the cause of anal incontinence after vaginal delivery? Results of a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 590-6.
 21. Damon H, Bretones S, Henry L, Mellier G, Mion F. Long-term consequences of first vaginal delivery-induced anal sphincter defect. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1772-6.
 22. Quijley EM. Impact of pregnancy and parturition on the anal sphincters and pelvic floor. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21: 879-91.
 23. Frileux P, Berger A, Zinzindohoue F, Cugnenc PH, Parc R. Rectovaginal fistulas in adults. *Ann Chir* 1994; 48: 412-20.
 24. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Golberg SM. Repair of simple rectovaginal fistulas: influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 676-8.
 25. Hibbard LT. Surgical management of rectovaginal fistulas and complete perineal tears. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130: 139-40.
 26. Bannura G, Contreras J, Melo C, Barrera A. Espectro clínico de la fístula rectovaginal: análisis de 38 pacientes. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(3): 219-25.
 27. Rodríguez-Wong U, Cruz-Reyes JM, Santamaría-Aguirre JR, García-Álvarez J. Fístula rectovaginal postobstétrica: tratamiento quirúrgico mediante avance de colgajo endorrectal. *Cir Ciruj* 2009; 77: 201-5.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic 113-611 Col. Roma Sur
06760 México, D.F.
Tel.: 5264-8266
Fax: 5264-8267