

Valoración ultrasonográfica endoanal de lesión perineal en primíparas con parto vaginal sin episiotomía

Dr. Ernesto de Jesús **Ovando Arellano**,*

Tte. Cor. M. C. Carlos **Belmonte Montes**,** Mayor M.C. Sergio **Velasco Alva*****

Hospital Central Militar. Clínica de Especialidades de la Mujer. Ciudad de México.

RESUMEN

Antecedentes. Las mujeres primigestas con lesiones posparto de esfínter anal constituyen un grupo de pacientes susceptibles de padecer incontinencia anal.

Objetivo. Determinar la prevalencia de lesiones clínicamente detectables y ocultas del esfínter anal en pacientes primigestas, las cuales presentan un trabajo de parto normal sin la realización de episiotomía media.

Material y métodos. Pacientes femeninos primigestas sin antecedentes de lesión perineal, captadas en la consulta externa de la Clínica de Especialidades de la Mujer, las cuales aceptaron la realización del estudio a las que se les realizó un ultrasonido endoanal, a las 32 semanas de gestación y seis semanas posparto.

Resultados. De un total de 27 pacientes a las que se realizó USG preparto sólo se pudieron recuperar un total de seis pacientes, el resto se perdió, de estas seis una paciente presentó una lesión posparto.

Conclusiones. Hay lesiones ocultas en el mecanismo de esfínter anal en pacientes, primigestas las cuales tienen un parto vaginal normal sin la realización de episiotomía.

Palabras clave: ultrasonido endoanal, lesión perineal, incontinencia anal, primíparas.

Antecedentes

Las lesiones postobstétricas del esfínter anal, debidas a trabajo de parto prolongado y difícil, aplicación de fórceps o vaccum extractor, parto precipitado, productos macrosómicos, parto en posición occipito posterior persistente y ex-

Endoanal ultrasonographic evaluation of perineal injury in primiparous patients with vaginal delivery without episiotomy

SUMMARY

Background. Primiparous women with postpartum anal sphincter injuries constitute a susceptible group to suffer anal incontinence.

Objective. To determine the prevalence of clinically and hidden injuries of the anal sphincter in primiparous patients presenting a normal delivery work without the mean episiotomy accomplishment.

Method. Primiparous without history of perineal injury capted in the ambulatory service at the Women Specialties Clinic, who agreed to participate in the study and had endoanal ultrasound about 32 gestation weeks and 6 postpartum weeks.

Results. Of a total of 27 patients to those which is accomplished USG pre-delivery alone could be recovered a total of 6 patients, the rest was lost; of these 6, a patient present an injury postpartum.

Conclusions. There are injuries hide in the anal sphincter mechanism in primiparous patients in those that have a normal vaginal delivery without the episiotomy accomplishment.

Key words: Endoanal ultrasound, perineal injury, anal incontinence, primiparous.

tensión de la línea de episiotomía hasta el anorrecto, entre otras,^{1,2} constituyen un grupo de pacientes susceptible de presentar incontinencia anal. Este grupo en particular responde satisfactoriamente al tratamiento quirúrgico con reportes de éxito hasta de 80%, en comparación con otros grupos de diferente etiología, por lo tanto es importante

* Graduado del Curso de Especialización y Residencia en Ginecoobstetricia, Escuela Militar de Graduados de Sanidad. ** Jefe del Departamento de Cirugía, Hospital Central Militar. *** Jefe de la Sección de Urgencias de la Clínica de Especialidades de la Mujer.

Tte. Cor. M.C. Carlos Belmonte Montes

Jefatura del Departamento de Cirugía General. Hospital Central Militar. Periférico Norte y Ejército Nacional s/n. Lomas de Sotelo. C.P. 63000. México, D.F.

Correo electrónico: lobo7275@prodigy.net.mx

Recibido: Julio 8, 2003.

Aceptado: Octubre 21, 2003.

el estudio y cuidado de estas pacientes, ya que su mayoría es un grupo en edad productiva.

Para el estudio e investigación de esta patología se recurre a la historia clínica en donde se investigan las posibles etiologías, además de lo anterior existen auxiliares diagnósticos que para el efecto y propósito del presente trabajo sólo se mencionará el ultrasonido endoanal en forma breve y sencilla.

Desde la publicación de la técnica y de la anatomía normal por Law y Bartram en 1989, muchos autores han abogado por el uso de la ultrasonografía endoanal (USGEA) para identificar lesiones del músculo del esfínter anal, convirtiéndose rápidamente en el estudio de elección para la evaluación de pacientes con incontinencia anal.^{3,4} Sentovich y cols. encontraron que el USGEA da un alto grado de exactitud cuando se presenta lesión del esfínter (100%), en manos expertas tiene un rango de falsos positivos de 65%, que afortunadamente con el video de tiempo real y unos criterios de evaluación más rigurosa, las lesiones del esfínter falsamente identificados pueden disminuirse a sólo 5 a 25%.³

El USGEA es un método de diagnóstico sencillo que ofrece varias ventajas para el estudio y diagnóstico de la IF,^{1,5} entre las que destacan: bajo costo, fácil manejo, rápida interpretación, tiempo corto para su realización (1-3 min), adecuada tolerancia del paciente, permite una adecuada visualización anatómica del canal anal en sus tres tercios, superior, medio e inferior, identificando los esfínteres interno, externo y músculos puborrectales y los posibles defectos anatómicos de los mismos.^{6,7} El esfínter interno mide 1-3 mm detectándose como un anillo hipoeoico del canal anal, el esfínter externo se localiza adyacente al interno midiendo de 3-5 mm apreciándose como una imagen ecoica circular, el músculo puborrectal se localiza en el tercio superior con imagen en herradura rodeando en su porción posterior el canal anal.⁸⁻¹¹ Una ventaja adicional del USGEA es la ausencia de efectos teratogénicos para el producto.

El manejo de la IF postobstétrica puede incluir medidas básicas de nutrición, educación defecatoria y ejercicio físico, evitando el estreñimiento crónico, para no propiciar esfuerzos defecatorios, realizar episiotomía cuando esté indicada o incluso realizar cesárea cuando la paciente presente lesión muscular o nerviosa previa, con el fin de evitar la lesión acumulativa del mecanismo de continencia.¹² Existe también la terapia farmacológica que incluye desde lo más sencillo como enemas evacuantes o supositorios de glicerina para estimular las evacuaciones de manera regular y de esta manera realizar una evacuación planeada, hasta el uso de esteroides con los enemas, atropina, codeína o loperamida, todos estos fármacos que retrasan el tránsito colónico y facilitan la reabsorción de agua a ese nivel disminuyendo por lo tanto el volumen y frecuencia de las evacuaciones, sin embargo, la farmacoterapia debe de orientarse de acuerdo con la etiología de la IA. Otra modalidad terapéutica es el tratamiento quirúrgico en donde se realiza la reparación del esfínter,^{3,13} con traslape muscular utilizando el esfínter nativo o sustitución con otros músculos como el recto interno o graci-

lis, trasplante de glúteo mayor, injerto muscular libre, trasplante de músculo recto anterior con estimulación neuromuscular o bien la realización de un esfínter artificial, cabestrillos anales de silastic y el último recurso, la colostomía desfuncionalizante. La reparación del esfínter con técnica de traslape muscular es la más sencilla y en pacientes bien seleccionados alcanza un éxito hasta de 80%.^{3,13}

En la literatura mundial existen varios estudios en los que se mencionan lesiones de esfínter anal secundarias al parto vaginal, Walsh CJ y cols. estudiaron 16,538 partos vaginales encontrando lesión de tercer grado en 0.56%.¹⁴ Sultan y cols. mencionan en varios estudios^{5,15} que las primigestas presentan lesión de esfínter anal detectada por ultrasonido hasta en 35% en tanto que 13% presentan IA, en cuanto al parto, menciona el mismo autor que cuando éste es instrumentado con fórceps o vaccum extractor, se presenta lesión de esfínter en 81 y 21%, respectivamente, con lo anterior el autor concluye que el parto instrumentado con fórceps se asocia a mayor grado de lesión de esfínter comparado con el uso de vaccum. Otros estudios dicen que cuando se utiliza la extracción con vaccum el uso de la episiotomía se asocia con mayor trauma perineal.¹⁶

En un estudio efectuado en el Departamento de Colon y Recto del Hospital Central Militar, Belmonte y cols. presentaron un grupo de 98 pacientes en que se detectó 28% de pacientes con lesión de esfínter, 19 de ellas (20%) sólo presentaron lesión del esfínter externo, en nueve (9.18%) de ellas se encontró lesión de ambos esfínteres, de estas pacientes siete (25%) se consideraron como lesiones ocultas debido a no presentar sintomatología clínica.¹⁷

Justificación

En México una causa mayor de IA con alteración del piso pélvico es postobstétrica, esto es apoyado por la literatura mundial en donde refiere que la lesión del esfínter anal o del componente nervioso durante el parto vaginal es la principal causa de IA, se sugiere que uno de los factores predisponentes para lesiones al mecanismo de esfínter anal más graves que se traduce en incontinencia anal es el empleo de la episiotomía media. Un estudio retrospectivo de cohorte publicado recientemente sugiere que la episiotomía media es un factor de riesgo para incontinencia anal posparto independientemente de otros procedimientos efectuados, edad materna, peso del producto al nacimiento, la duración de la segunda fase en el trabajo de parto, complicaciones e instrumentación y que las pacientes con desgarro perineal espontáneo están en un riesgo menor de incontinencia anal que las pacientes que tienen episiotomía media.

No existe en la literatura mundial un estudio prospectivo, aleatorio comparando el papel de la episiotomía media y su repercusión hacia el mecanismo de esfínter anal evaluándolo de forma objetiva. Dado que en muchas instituciones se efectúa de forma rutinaria la episiotomía media en pacientes primíparas consideramos que el presente trabajo pudiera ser de gran utilidad para reevaluar el empleo de la

episiotomía media y sus posibles efectos en el estado de continencia de nuestras pacientes.

Planteamiento del problema

En la Clínica de Especialidades de la Mujer es atendido anualmente un promedio de 4,000 partos, de los cuales 70% aproximadamente son vaginales. Del total de partos atendidos 70% son de pacientes primigestas. Por lo anterior y de acuerdo con la literatura podría esperarse que aproximadamente 13% de las pacientes primigestas con parto vaginal presenten incontinencia fecal clínica, y que 35% presenten lesión detectada por ultrasonido. Esta situación es un problema social y de salud el cual puede llegar a ser incapacitante.

No existen estudios ni cifras en la literatura nacional ni en el Hospital Central Militar que determinen cuál es la magnitud e incidencia real de este problema. Por lo anterior, es útil y benéfico realizar este estudio en nuestro medio para detectar las cifras exactas y manejarse en forma conjunta con los servicios de Colon y Recto y Clínica de Especialidades de la Mujer y así con una detección adecuada y temprana de este problema poder realizar un programa de rehabilitación perineal disminuyendo así la incidencia de incontinencia anal en nuestro medio.^{1,13}

Objetivo principal

El propósito del presente estudio es determinar la prevalencia de lesiones clínicamente detectables y ocultas del esfínter anal en pacientes primigestas, las cuales presentan un trabajo de parto normal sin la realización de episiotomía.

Hipótesis

Ho: Si la episiotomía media no es protectora para los esfínteres anales (interno y externo), el parto vaginal normal sin episiotomía media disminuirá la frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grados y, por lo tanto, las lesiones del esfínter anal y la incontinencia anal.

Hi: Si la episiotomía media es protectora para los esfínteres anales (interno y externo), en el parto vaginal normal sin episiotomía media no habrá diferencia entre la frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grados y, por lo tanto, habrá igual incidencia de incontinencia anal.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo aleatorio de pacientes primigestas atendidas en consulta externa de la Clínica de Especialidades de la Mujer del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos y que aceptaron por consentimiento escrito participar en el estudio, se estudiaron en la Clínica de Colon y Recto del Hospital Central Militar del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, inclu-

yendo pacientes atendidas por parto vaginal estudiadas ocho semanas antes y seis semanas después del nacimiento del producto, además de cubrir los criterios de inclusión, exclusión y eliminación que se mencionan a continuación, cabe señalar que a las pacientes que presentaron lesión detectada por ultrasonido rectal o presentaron síntomas de incontinencia fecal llevarán un seguimiento por seis meses.

Criterios de inclusión:

1. Primigestas.
2. Sin contraindicación médica.

Criterios de no inclusión:

1. Cirugía anorrectal previa.
2. Enfermedades neurológicas, centrales o periféricas.
3. Multíparas.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes que se pierdan en el seguimiento.
2. Pacientes con complicaciones durante el embarazo.
3. Realización de cesárea.
4. Realización de episiotomía.

Variables de interés:

1. Edad.
2. Peso.
3. Talla.
5. Distocia.
6. Semanas de gestación.
7. Pesos del producto.
8. Presentación.
9. Empleo de fórceps.
10. Bloqueo peridural.
11. Duración del segundo periodo de trabajo de parto.

Diseño

Las pacientes que previo consentimiento informado y autorización por escrito aceptaron participar en el estudio y cubrieron los criterios de inclusión, se sometieron a un historial obstétrico y a un interrogatorio dirigido para valorar su estado de continencia y de urgencia fecal (incapacidad para detener la evacuación por más de cinco minutos). Se realizó una exploración clínica (obstétrica y anorrectal) y una revisión ultrasonográfica del canal anal utilizando un equipo con tubo rotacional de 360 grados y transductor de 7 Mhz, con cubierta de plástico y con rango focal de 2-4.5 cm de la marca Bruel & Kjaer modelo 1849 con la paciente acostada sobre su lado izquierdo se revisó con el ultrasonido tres niveles del canal anal (superior, medio e inferior) y se imprimieron imágenes con una impresora videographic-printer de la marca Sony, modelo UP-870 MD. Se compararon las imágenes de la misma paciente antes y después del parto por dos operadores, los cuales serán los mismos que realicen la valoración de las pacientes. Todas las evaluaciones clínicas y ultrasonográficas serán efectuadas por dos médicos.

Se definió y clasificó la IF en menor y mayor de acuerdo con lo mencionado al principio del presente trabajo.

Resultados

En la Consulta Externa de Obstetricia de la Clínica de Especialidades de la Mujer del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2001 al 31 de mayo de 2001, se valoraron en el Gabinete de Colon y Recto del Hospital Central Militar, a todas las pacientes femeninas primigestas de entre las semanas 28 a 48 de gestación, y que de forma voluntaria y con previa autorización escrita aceptaran ingresar el estudio, se les realizó un cuestionario dirigido sobre incontinencia fecal, y posteriormente se les realizó un USGEA.

Se contó con un total de 27 pacientes primigestas a las que se les realizó el cuestionario y ninguna refirió sintomatología de incontinencia y en el USGEA no se encontró ninguna lesión preparto.

Se estuvo en contacto con las pacientes para saber la fecha de su parto, y posteriormente citarlas para el USGEA de control aproximadamente a las seis semanas postparto.

De las 27 pacientes con USGEA preparto y cuestionario se excluyeron a tres pacientes por no aceptar el estudio de control (a las cuales se les interrogó vía telefónica sobre datos de incontinencia y todas ellas se refirieron asintomáticas), a dos por habérseles realizado cesárea, a dos pacientes por habérseles realizado episiotomía, dos por aplicación de vaccum (por fatiga materna y segunda periodo prolongado), y 12 pacientes no han dado a luz.

De un total de seis pacientes a las que se les realizó el cuestionario de control y el USGEA, no refirieron datos de incontinencia anal, y se encontró que una de ellas tiene una imagen hipoeoica sugestiva de lesión en el esfínter anal interno (lo que representa 16.6% de la muestra) y la cual se refiere asintomática a incontinencia.

Se observó que la talla de las pacientes es baja con un promedio de 1.52 ± 0.02 m, una máxima de 1.55 m y una mínima de 1.50 m. Además, se encontró que las pacientes presentaron un segundo periodo del trabajo de parto relativamente corto (de 23 ± 20 min).

Con respecto a los niños se ve que tienen un peso promedio de $2,938.3 \pm 474.6$ g con un peso mínimo de 2,290 g y un peso máximo de 3,560 g. Además, encontramos un perímetro cefálico promedio de 33.6 ± 1.3 cm.

A una de las pacientes que se excluyeron por episiotomía, se le realizó USGEA y se encontró que había una imagen hipoeoica sugestiva de lesión del esfínter anal interno y dicha paciente se refirió asintomática para incontinencia (dicha paciente se valorará en el Gabinete de Colon y Recto del HCM).

Clínicamente se observó que en estas pacientes existió mayor número de lesiones del canal del parto (laceraciones y/o desgarros de los labios y pared vaginal), pero sin llegar a desgarros de tercer o cuarto grados.

Discusión

En la Clínica de la Mujer al apegarse a la NOM ya no se realiza la episiotomía media de rutina, lo que al parecer se ha traducido como un número menor de desgarros perineales de tercer y cuarto grados, pero han aumentado las lesiones del canal del parto (llámense laceraciones de pared vaginal, laceraciones de labios (ya sean mayores o menores) y desgarros de primer grado).

Se observa que aunque los recién nacidos no son de gran peso ni muy grandes hay muchas lesiones del canal del parto, que esto pudiera estar en relación con la baja talla materna o incluso con una mala posición al momento del parto (lo cual no se valoró en este estudio), es importante destacar que en estas pacientes a ninguna se le aplicó bloqueo peridural.

En este reporte preliminar se observa que hay lesión del esfínter anal en una paciente de las seis pacientes a las que se les realizó USGEA de control (16.6%), lo cual está en relación con la literatura internacional, ya que se encuentra en algunos estudios lesión del esfínter desde 0.5 a 35% por USG.^{5,14,15}

Conclusiones

Aunque este reporte preliminar sí demuestra que en un parto sin complicaciones, normal, sin episiotomía, que tiene un segundo periodo del trabajo de parto relativamente corto, no son niños grandes, hay lesiones ocultas del esfínter anal, lo cual nos obliga a continuar con esta línea de trabajo para poder valorar si estos hallazgos son constantes y poder realizar una detección temprana de lesiones del esfínter anal que terminen en incontinencia anal y así poder brindar un tratamiento de manera temprana a nuestras pacientes (ya sea militares en el activo o derechohabientes).

Referencias

1. Sultan AH, Kamm MA, Bartram. Third-degree obstetrics anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308: 887-91.
2. Richard EP, Garnet JB. Manometric diagnostics of anal sphincter injury. *Am J Surg* 1990; 159: 112-7.
3. Sentovich SM, Wong D, Blatchford GJ. Accuracy and reliability of transanal ultrasound for anterior anal sphincter injury. *Dis Colon Rectum* 1998; 1000-4.
4. Zetterström JP, Mellgren A, Madoff RD, Kim DG, Wong D. Perineal body measurement improves evaluation of anterior sphincter lesions during endoanal ultrasonography. *Dis Colon Rectum* 1998; 705-13.
5. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *NEJ Med* 1993; 329: 1905-11.
6. Bachman M, Dammegaard L. Endosonography assessment of the anal sphincter after surgical reconstruction. *Disease of colon and rectum* 1994; 37(5): 434-8.
7. Sitzler TJ, Thompson JP. Overlap repair of damage anal sphincter. *Disease of colon and rectum* 1996; 39(12): 1356-60.
8. Sangali MR, Martín MC. Result of sphincter repair in post-obstetric fecal incontinence. *J Am College Surg* 1994; 179: 583-6.

9. Bartram C, Law P. Anal endosonography technique in application. *Advance Gastrointestinal Radiology* 1991; 159: 101-11.
10. Wexner S, Marcheti F. The role of sphincteroplasty for fecal incontinence reevaluated at prospective physiologic and functional review. *Disease of colon and rectum* 1991; 34(1): 22-30.
11. Pezim, Espencer R. Sphincter repair for fecal incontinence after obstetrical or iatrogenic injury. *Disease of colon and rectum* 1987; 30(7): 521-5.
12. Weinstein D, et al. Fecal incontinence after delivery. *General obstetrics* 1993; 3: 440-1.
13. Ternet CH, Garnet J. Transanal ultrasonography end ano rectal physiologic findings after sphincteroplasty. *Dis Col Rec* 1997; 40(4): 462-7.
14. Walsh CJ, Mooney EF, Upton GJ, Motson RW. Incidence of third-degree perineal tears in labor and outcome after primary repair. *Br J Surg* 1996; 83: 218-21.
15. Sultan AH, Hudson CN. Juniors doctors end midwives adequately training to repair the perine? *J Obstetric-gynecol* 1993; 13: 484-5.
16. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Episiotomy operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in multiparous women. *A J Obstet Gynecol* 1999; 181(5 Pt 1): 1180-4.
17. Belmonte MC, Hagerman G, Vega YP, Hernandez AE, Fonseca MV. Anal sphincter injury after vaginal delivery in primiparous. No reprint are available.