

Determinación de incontinencia fecal por lesiones ocultas del esfínter anal durante el parto vaginal con episiotomía media en primigestas

Myr. M.C. José Vicente Fonseca Morales*

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN. Se estudiaron 130 pacientes primigestas, atendidas por parto vaginal, estudiadas 6 semanas antes y 6 después del parto. En la valoración preparto, se incluyeron pacientes sanas, sin datos de incontinencia fecal clínica y sin lesión ultrasonográfica del esfínter anal. A todas en la valoración pre y postparto se les aplicó un cuestionario, exploraciones anorrectal y ginecológica y ultrasonido endoanal. La edad media de las pacientes fue de 24.4 años (14-35). La presentación de los productos al nacer fue cefálica, con peso medio de 3,200 g (2,570-3,600). A todas se les realizó episiotomía media. El 33.3% de las pacientes postparto presentó lesión del esfínter anal. El 60% de estas lesiones fueron de IV grado. El 80% de las pacientes, con lesión del esfínter presentó síntomas por incontinencia. En el 20% restante la lesión fue asintomática (oculta). Todas las pacientes que se atendieron por parto instrumentado, presentaron lesión del esfínter anal.

Con resultados preliminares, se concluye, que un tercio de las primigestas atendidas por parto vaginal, presenta lesión del esfínter, no todas estas lesiones son detectadas, de tal manera que hay lesiones ocultas que pasan desapercibidas y por lo tanto quedan sin tratamiento. Se desconoce la evolución natural de estas lesiones y la repercusión de las mismas, en futuros partos vaginales.

Palabras clave: parto, incontinencia fecal, esfínter anal, riñones.

La incontinencia fecal se puede definir, como la excreción involuntaria de heces en un momento o sitio inapropiado al menos en dos ocasiones en el transcurso de un mes. La incontinencia fecal es a menudo, un síntoma no puesto en manifiesto por la paciente, ya sea por pudor o ignoran-

SUMMARY. A review of 130 consecutive primiparous patients, with vaginal delivery. Were studied 6 weeks before and 6 after delivery were included patients without anal incontinence or without sphincter defects by endoanal ultrasound. All women were examined and questioned; an endoanal ultrasound was performed in each one. The median age was 24.4 years (14-35). All deliveries had cephalic presentation with median birth weights of 3,200 g (2,570-3600). Also all patients were heated by a mid-line episiotomy. The 33.3 percent of patients after vaginal delivery had sphincter injury, 60 percent of these injuries were degree IV tears. Defaecatory incontinent symptoms were observed in 80 percent of these women with sphincter tears. The 20 percent of these women with sphincter tears detected by endoanal ultrasound had no defaecatory symptoms (occult sphincter rupture). All women with forceps or vacuum extraction deliveries sustained sphincter rupture.

Although this study is preliminary, we concluded, that about one third of these women with vaginal delivery, have sustained sphincter rupture. Not all of these injuries could be detected by the patients themselves or by examining physician, leaving such sphincter defects without treatment. Is clear, that the prognosis of these injuries are uncertain and it's repercussion on each patient in future vaginal deliveries is also uncertain.

Key words: labor, fecal incontinence, anal, sphincter, injuries.

cia. Cerca del 50% de los pacientes, no ofrecerá esta información incluso a su médico familiar. La continencia fecal, es una función compleja que se logra por la combinación de factores anatómicos puros y fisiológicos. La incontinencia fecal, se clasifica básicamente en dos categorías: las que presentan piso pélvico normal y las que presentan piso pélvico anormal. La más frecuente de éstas (en nuestro medio) es la incontinencia fecal (IF) con piso pélvico anormal, por lesión anatómica del esfínter.

* Residente de Tercer Año de Cirugía General.

Correspondencia:
Myr. M.C. José Vicente Fonseca Morales
Hospital Central Militar. Jefatura de Residentes
Lomas de Sotelo, México DF. 11649.

Capítulo aparte, merecen las lesiones post obstétricas del esfínter anal, por trabajo de parto prolongado y difícil, aplicación de fórceps o vacuum, parto precipitado, productos macrosómicos de más de 4 kg, parto en posición fetal occípito-posterior persistente y extensión de la línea de episiotomía hasta el anorrecto. Es importante mencionar que la incontinencia fecal traumática postobstétrica, constituye un grupo considerable de pacientes y este grupo en particular, responde al tratamiento quirúrgico en forma muy satisfactoria con reportes de éxito hasta de un 80%. Para el estudio y la investigación de esta patología, se recurre a la historia clínica, donde se investigan las posibles etiologías. Además de lo anterior, existen auxiliares diagnósticos, como el ultrasonido anal. Este es un método sencillo, que ofrece varias ventajas como son: bajo costo, fácil manejo, rápida interpretación, tiempo de realización del estudio corto (1-3 min), tolerancia adecuada por el paciente, permite la visualización anatómica del canal anal, identificando los esfínteres interno, externo y los músculos puborrectales, detecta defectos anatómicos del canal anal.

Otra ventaja además de las anteriores, es que no es teratígeno para el producto ni dañino para la madre. En cuanto al manejo de la IF, incluye medidas desde lo más básico como educación defecatoria, hasta el último recurso, la colostomía definitiva pasando por farmacoterapia y otros procedimientos quirúrgicos menores.

En el Hospital Central Militar, la primera causa de IF con alteración del piso pélvico, es postobstétrica y el propósito del presente estudio, es conocer la magnitud y las cifras exactas de esta patología. La literatura mundial menciona, que la lesión del esfínter anal o del componente nervioso durante el parto vaginal, es la principal causa de incontinencia fecal, pero también dice que la incidencia de las lesiones ocultas, que sólo se pueden detectar por ultrasonido rectal, se desconoce y por lo tanto la magnitud real del problema.

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, descriptivo de pacientes primigestas atendidas en consulta externa y que aceptaron por consentimiento escrito participar en el estudio, fueron atendidas por parto vaginal, estudiadas 6 semanas antes y 6 semanas después del parto, las pacientes que presentaron lesión detectada por ultrasonido rectal o síntomas por incontinencia fecal, se vigilaron hasta por 6 meses. Sólo se incluyó a pacientes sanas sin lesión de esfínter. Las pacientes fueron revisadas con un historial obstétrico y anorrectal, así mismo con la exploración respectiva. Se realizó ultrasonido rectal antes y después del parto. El análisis estadístico fue valorado por medio de la χ^2 cuadrada.

Resultados

De noviembre de 1996 a junio de 1997 en el Hospital Central Militar se estudiaron 130 pacientes primigestas, 6

semanas antes del parto, con edad promedio de 24.4 años (márgenes 14-35). A la fecha se han revisado el 15% de las pacientes post parto. Todo los partos atendidos fueron vaginales, con presentación cefálica, sin distocia de presentación. A la fecha, el 40% están en espera de su valoración post parto, y 30% se han perdido. Ninguna en la valoración preparto, presentó síntomas por incontinencia fecal o urgencias; 5 de las 15 pacientes revisadas presentaron lesión, 3 de ellas presentaron síntomas, dichas pacientes además presentaron lesión del esfínter anal grado IV, el resto se mostraron asintomáticas incluyendo 2 que presentaron lesión inadvertida (oculta) de esfínter anal. De las 15 pacientes revisadas post parto, en 12, su parto fue normal, en 3 el parto fue instrumentado por segundo periodo prolongado, en 2 de éstas se aplicó fórceps tipo Lee y en un *vacuum extractum*. A todas se les realizó episiotomía media. El parto fue atendido por médicos generales, la instrumentación y las complicaciones fueron atendidas por médicos de la especialidad. El peso de los productos fue de 3,200 g, como media con rango de 2,570 a 3,600 g. Las lesiones detectadas fueron reparadas en forma primaria e inmediata, utilizando sutura absorbible de ácido poliglicólico (Vicryl) y catgut crómico, con técnica de puntos separados tipo colchonero con una o más capas según se requería. A todas las pacientes se les realizó ultrasonido anorrectal antes y después del parto imprimiendo las imágenes de los tercios superior medio e inferior sobre papel térmico las cuales fueron confrontadas.

El 33.3% de las pacientes revisadas en el postparto presentaron lesión detectada por ultrasonido (*Figuras 1 a 3*) 3 de las 5 lesiones detectadas fueron clasificadas como desgarras de IV grado de esfínter anal, las otras dos lesiones pasaron inadvertidas (ocultas) tanto para el médico que atendió el parto, como para la paciente que cursó asintomática; sólo el ultrasonido detectó dichas lesiones.

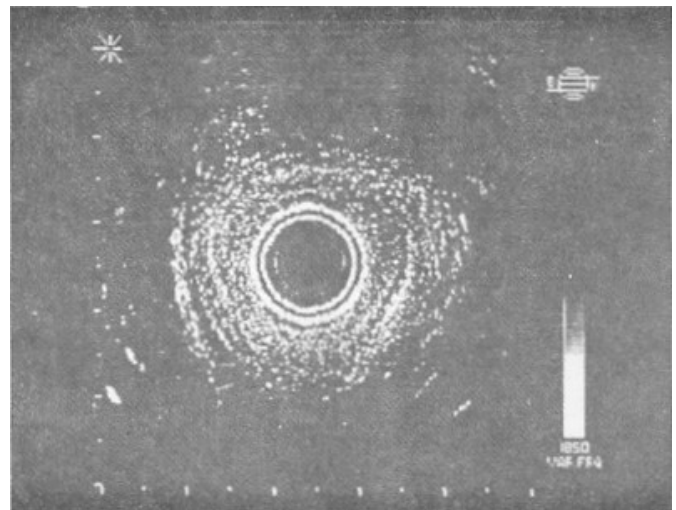


Figura 1. Nivel inferior que muestra el esfínter externo como un anillo ecoico de 3-5 mm (normal).

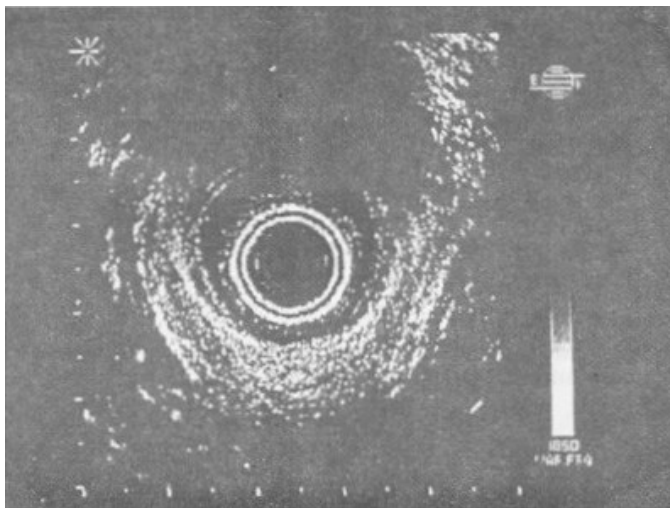


Figura 2. Nivel medio que muestra el esfínter interno como imagen circular hipocóica de 1-3 mm (normal).

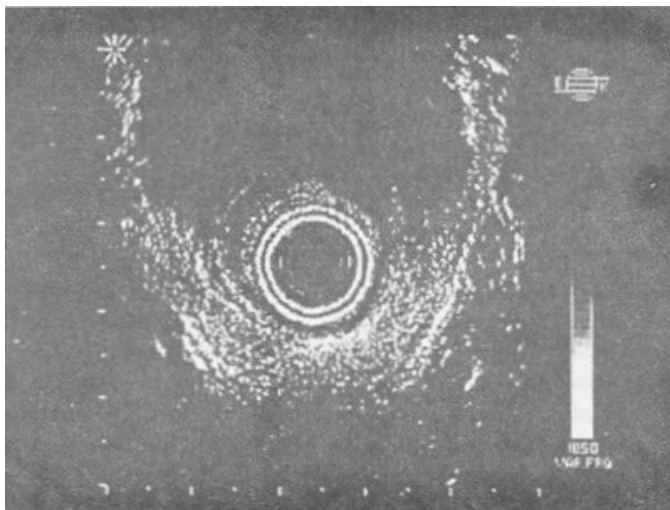


Figura 3. Nivel superior que muestra los músculos pudendos (aspecto normal).

Discusión

Este tipo de trabajo, requiere un periodo considerable para su conclusión satisfactoria. Los resultados son preliminares y por lo tanto el análisis estadístico es limitado debido al escaso número de pacientes revisadas en el post parto.

El análisis preparto de las 130 pacientes estudiadas, nos demuestra tal y como está documentado en la literatura mundial, que la población que afecta esta patología, es una población de gente joven y sana, así mismo, ninguna presentó alteraciones clínicas o ultrasonográficas en el preparto, con un estado de continencia fecal. Los hallazgos preliminares coinciden con lo descrito en la literatura mundial, de las 15 pacientes, 3 presentaron lesión advertida y 2 presentaron lesión inadvertida. Esto corrobora, que

existen lesiones ocultas del esfínter anal y que pasan inadvertidas, tanto para el médico que atiende los partos, como para la paciente que cursa asintomática.

De los 16,583 partos vaginales estudiados por Walsh y cols. el 0.56% presentaron lesión de esfínter anal de III grado. En nuestro estudio, de 15 pacientes estudiadas en forma completa, hemos encontrado 5 lesiones, 3 de las cuales son lesiones con desgarros de IV grado de esfínter anal, lo que representa un 33.3% de casos preliminares.

De los estudios realizados por Sultan y cols. encontraron que el 35% de las pacientes primigestas, atendidas por parto vaginal, presentaron lesión del esfínter externo o interno, dichas lesiones encontradas por ultrasonido, en nuestro estudio hemos encontrado, que el 33.3% de las pacientes primigestas ha presentado lesiones de esfínter interno o externo. El mismo autor encontró que el 13% de las primíparas presentan sintomatología manifiesta por incontinencia fecal principalmente a gases o urgencia fecal. En nuestro estudio, 3 pacientes que equivalen al 20% han presentado síntomas. Además de los estudios anteriores, Sultan y cols. muestran que el 81% de los partos vaginales de primigestas atendidas con fórceps y el 21% atendidos por vacuum presentan lesión de esfínter.

No sabemos la repercusión tardía de tales lesiones, ni tampoco sabemos su evolución natural, por lo tanto, es importante que este estudio continúe su curso, ya que nos mostrará importantes hallazgos.

Referencias

1. Gaston EA. Physiological basis for preservation of fecal continence after resection of rectum. *JAMA* 1951; 146: 1486-1489.
2. Thomas TM, Egan M, Walgrove. The prevalence of faecal and double incontinence. *Community Med* 1984; 6: 216-220.
3. Ann CL. Fecal incontinence: What causes it and how do you know? Biofeedback for pelvic floor disorders. University of Minnesota. 1993; 1-8.
4. Yash P, John AC. Incontinencia fecal. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1994; 6: 1435-1445.
5. Weinstein D. Fecal incontinence after delivery. *General Obstetrics* 1993; 3: 440-41.
6. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993; 329: 1905-1911.
7. Sultan AH, Kamm MA, Bartram CI, Hudson CN. Anal sphincter trauma during instrumental delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993; 43: 263-270.
8. Sultan AH, Kamm MA, Bartram CI, Hudson CN. Third-degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308: 887-891.
9. Sorensen M, Tetzchner T, Rasmussen OO, Bjarnesen J, Christiansen J. Sphincter rupture in childbirth. *Br J Surg* 1993; 80: 392-394.
10. Sultan AH, Hudson CN. Are junior doctors and midwives adequately trained to repair the perineum? *J Obstet Gynecol* 1993; 13: 484-485.
11. Sangalli MR, Marti MC. Results of sphincter repair in postobstetric fecal incontinence. *J Am Coll Surg* 1994; 179: 583-586.
12. Sunderland DS. Nerves and nerve injuries. Edinburgh: Churchill Livingstone 1978; 2: 62-66.
13. Sangwan-YP, Collier-JA, Barret-RC, Ruberts-LP, Murray-JJ, Rusin L, Schoetz DJ. Unilateral pudendal neuropathy impact on outcome of anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum.* 1996; 39(6): 686-689.

14. Bartram C, Law P. Anal endosonography: technique and applications. *Adv Gastrointest Radiol* 1991; 101-111.
15. Richard EP, Garnet JB. Manometric diagnosis of anal sphincter injuries. *The Am JS* 1990; 159: 112-117.
16. Law PJ, Kamm MA, Bartram CI. A comparison between electromyography and anal endosonography in mapping external anal sphincter defects. *Dis Colon Rectum*, 1990; 33: 370-373.
17. Walsh CJ, Mooney EF, Upton GJ, Motson RW. Incidence of third-degree perineal tears in labour and outcome after primary repair. *Br J Surg* 1996; 83: 218-221.
18. Hartford WV, Krejs GJ, Santa Ana et al. Acute effect of diphenoxylate with atropine (lomotil) in patients with chronic diarrhea and fecal incontinence. *Gastroenterology* 1980; 78: 440-443.
19. Palmer KR, Corbett CL, Holds Worth CD. Double-blind crossover study comparing loperamide, codeine and diphenoxylate in the treatment of chronic diarrhea. *Gastroenterology* 1980; 78: 1272-1275.
20. Read M, Read NW, Barber DC. Effect of loperamide on anal sphincter function in patients complaining of chronic diarrhea with fecal incontinence and urgency. *Dig Dis Sci* 1982; 27: 807-814.
21. Osterberg A, Graf W, Holmberg A, Pahlman L, Ljung A et al. Long term results of anterior levatorplasty for fecal incontinence a retrospective study. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(6): 671-674.
22. Hentz UR. Construction of a rectal sphincter using the origin of the gluteus maximus muscle. *Plast Reconstr Surg* 1982; 70: 82-85.
23. Christiansen J. Advances in the surgical management of anal incontinence. *Clin Gastroenterol* 1996; 6: 43-57.
24. Brindley GS, Pollcey CE, Rushton DN. Sacral anterior root stimulators for bladder control in paraplegia. *Paraplegia* 1982; 20: 365-381.
25. Labow S, Rubin RJ, Hoexter B. Perineal repair of rectal procidentia with an elastic fabric sling. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 467-469.