

# Valoración de la integridad de los esfínteres anales con ultrasonido endoanal en los desgarros obstétricos de tercer y cuarto grado con reparación primaria

Myr. M.C. Esdraín Jonathan Amaro García,\* Myr. M.C. José Octavio Andrade Cruz,\* Myr. M.C. Saúl Omar Villalobos Hernández,\* Tte. Cor. M.C. Carlos Belmonte Montes,\*\* Cor. M.C. Víctor Manuel Aguilar Ramírez\*\*\*

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

**RESUMEN.** El desgarro perineal de tercero y cuarto grado, tiene una gran repercusión en la continencia de la mujer. Cerca del 50% de las mujeres con reparación primaria del esfínter (RPE) inmediatamente después de un desgarro de tercer grado (DTG) o desgarro de cuarto grado (DCG), presentaron incontinencia anal (IA) subsecuente, de tres meses tres años después, pudiéndose presentar aún 20 años después.

Es de capital importancia hacer un interrogatorio suspicaz acerca de la sintomatología de IA, ya que, a excepciones, nadie hace referencia de estos datos cuando acude al servicio, ni aun a su médico familiar. Hasta cerca del 85% de las pacientes permanecen asintomáticas, o cursan con sintomatología transitoria, pero con daños estructurales de las fibras musculares de los esfínteres, detectables solamente por ultrasonido endoanal (USE).

En este estudio se incluyó a todas las mujeres que tuvieron RPE consecutiva a DTG o DCG, haciéndoseles una valoración ultrasonográfica (USG) postparto 3 meses después. Encontramos 57 casos de desgarras representando una incidencia para DTG de 2.3% y para los DCG de 0.7% en el HCM. Se realizaron 24 USE a tres niveles cada uno, encontrando que 23/24 (95.8%) tuvieron defecto USG, 3/24 (12.5%) presentaron defecto y síntomas, 20/24 (83.3%) defecto sin síntomas y sólo 1/24 (4.1%) no tuvo defectos ni síntomas.

**Palabras clave:** anal, desgarro, incontinencia, parto.

La primera causa de incontinencia fecal con alteración del piso pélvico es postobstétrica en donde la lesión del esfínter anal durante el parto vaginal es el principal motivo de

**SUMMARY.** Almost 50% of women who have been treated by primary repair of 3rd and 4th degree tears of the anal sphincter during labour developed subsequent anal incontinence, after a period from 3 months to 3 years. However it can appear even after 20 years.

Diagnosis of anal incontinence must be suspected and intentionally requested, since many women are prone to give misinformation because of shame. Almost 85% of the cases remain asymptomatic or their symptoms are transient. In those cases, structural damage to the muscular fibers of anal sphincter can be only diagnosed by intra-anal ultrasound (IAUS).

For the present trial we included all women who were treated by primary repair of 3rd or 4th degree of the anal sphincter, diagnosed by IAUS after 3 months of surgery.

A series of 57 cases who had repaired anal sphincter tears is reported. Those figures mean 2.3% for 3rd degree tears and 0.7% for 4th degree, out of 1,838 women who were admitted for labour from October 1997 through April 1998. Twenty four cases of three-level IAUS were recorded; 23 out of 24 (95.8%) had ultrasound diagnosis of long-term tears; 3 out of 24 (12.5%) had tears and symptoms; 20 out of 24 (83.3%) had tears without symptoms and in only one (4.1%) we failed to find tears and symptoms.

**Key words:** anal, tears, incontinence, labour.

la presencia de esta incontinencia. Con frecuencia esta complicación repercute en la vida de la paciente, como una discapacidad social, asimismo se pueden presentar lesiones ocultas del esfínter, que sólo se pueden detectar por ultrasonido endoanal USE.<sup>18,19,26</sup>

El objetivo del presente estudio es buscar lesiones ocultas del esfínter anal, mediante el uso del USE en mujeres con desgarro de tercer grado (DTG) y desgarro de cuarto

\* Myr. M.C. Orig. Alumnos de la Escuela Médico Militar.

\*\* Jefe de Colon y Recto del Hospital Central Militar.

\*\*\* Jefe de Ginecología del Hospital Central Militar.

Escuela Médico Militar, México, D.F.

grado (DCG) después de la reparación primaria de dichos desgarras obstétricos.

Por lo que se ha mencionado con anterioridad, nosotros creemos que es posible detectar defectos estructurales de ambos esfínteres anales por medio de la ultrasonografía endoanal en pacientes con reparación primaria del esfínter (RPE) consecutivas a DTG o DCG del perineal.

## Material y métodos

Se incluyeron en el presente estudio prospectivo, longitudinal, y descriptivo de todas las pacientes con parto vaginal y con desgarras de tercer y cuarto grado atendidas en el Hospital Central Militar durante el periodo comprendido del 1o. de octubre de 1997 al 30 de abril de 1998 con reparación primaria y que aceptaron participar en el presente estudio. Dentro de los criterios de exclusión se tomaron en cuenta aquellas pacientes en quienes con anterioridad habían sufrido de cesárea, cirugía anorrectal previa, enfermedades neurológicas, centrales, locales o espinales o cualquier enfermedad que alterara el mecanismo normal de continencia rectal. Se eliminaron a todas las pacientes perdidas en el transcurso del estudio.

Se valoró a 24 pacientes con una historia clínica general, además de la historia ginecoobstétrica. Se les realizó exploración ginecoobstétrica y anorrectal que incluyó inspección, palpación, espejo vaginal y un anoscopio.

Se realizó ultrasonido endoanal con un sistema de rastreo (Scanner) endosónico de tiempo real, modelo 1849A de demostración marca B&K compuesto de transductor endosónico de 7 Mhz modelo 1850A, transductor sectorial 8539A, Rectal tube colon rectal Mod. UA0878 rectal cap. mod. WA0878 multiformato electrónico matriz modelo 1021LH6, terminal printer Sony modelo UP870MD y ultrasound probe introducir número 15-5010. Con la paciente en decúbito lateral izquierdo, se revisaron con el ultrasonido tres niveles del canal anal, con rango focal de 2-4.5 cm tratando de reconocer cualquier defecto o ruptura en la continuidad sonográfica en la textura del ultrasonido. Todas las investigaciones fueron realizadas por un solo operador; se realizaron impresiones con una impresora Videographic-Printer de la marca Sony modelo UP-870 MD.

Las valoraciones clínicas y lectura USG fueron efectuadas por un primer médico; el segundo solamente leía los US sin conocer a la paciente ni el diagnóstico US efectuado por el otro médico.

Se utilizó la evaluación de la asociación de dos variables a través de la distribución de los valores de  $\chi^2$ .

Las variables tomadas en cuenta fueron las siguientes: edad, edad gestacional, presentación del producto, paridad, parto instrumentado, peso del producto en gramos y grado de adiestramiento del personal que atiende el parto.

Realizamos una búsqueda y recolección de los desgarras perineales que se presentaron en el servicio de tococirugía del Hospital Central Militar, y que fueron debidamente registrados en sus libretas de registro de partos de los años de 1995, 1996 y 1997 con el fin de establecer la incidencia de

desgarras perineales que se presentan en este nosocomio, para así poder valorar la factibilidad de nuestro estudio. Establecimos que la incidencia de los desgarras de tercer y cuarto grado que se presentaron durante el periodo del primero de octubre de 1997 al 30 de abril de 1998, en los que se atendieron 1,838 partos vaginales fue de 2.3% para los desgarras de tercer grado y de 0.7% para los pacientes de cuarto grado.

## Resultados

En nuestro estudio captamos 57 pacientes, de las cuales 43 presentaron un desgarras de tercer grado, lo que representa el 75.4%; y 19 presentaron un desgarras de cuarto grado representando el 24.5%. Se realizó USE a 24 pacientes, de las que 16 presentaron desgarras de tercer grado, lo que corresponde al 66.6% y ocho presentaron desgarras de cuarto grado, es decir el 33.3%. Encontramos que se presentaron defectos de los esfínteres en 15 de las 16 pacientes con desgarras obstétrico de tercer grado que equivale al 93.7% y en el 100% de las pacientes con DCG (Cuadro 1).

Mediante la toma de imágenes a tres niveles cada uno con el ultrasonido endoanal encontramos a 23 pacientes de 24 con defecto en los esfínteres (95.8%) de las que 12 pacientes tuvieron defecto USE en ambos esfínteres (50%), 9 pacientes presentaron lesión en el esfínter externo solamente (37.5%) y dos únicamente en el esfínter interno (8.3%).

**Cuadro 1. Pacientes obstétricos con desgarras perineal de tercero y cuarto grado, valorados en el servicio de colon y recto del Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Lesión del esfínter | Desgarras perineal |            | Total    |
|---------------------|--------------------|------------|----------|
|                     | 3er. grado         | 4to. grado |          |
| Externo             | 8 (33%)            | 1 (4%)     | 9 (37%)  |
| Interior            | 1 (4%)             | 1 (4%)     | 2 (8%)   |
| Ambos               | 6 (25%)            | 6 (25%)    | 12 (50%) |
| Ninguno             | 1 (4%)             | —          | 1 (4%)   |
| Total               | 16 (66%)           | 8 (33%)    | 24       |

$p < 0.01$

\*Se observa en este cuadro que el 96% de las pacientes con desgarras presentan lesión en alguno de los esfínteres.

**Cuadro 2. Pacientes obstétricas con desgarras de tercero y cuarto grado y su gesta, valoradas en el servicio de colon y recto del HCM. Octubre 1997-Abril 1998.**

|            | Desgarras |         | Total    |
|------------|-----------|---------|----------|
|            | 3         | 4       |          |
| Primigesta | 15 (62%)  | 8 (33%) | 23 (96%) |
| Multigesta | 1 (4%)    | —       | 1 (4%)   |
| Total      | 16 (66%)  | 8 (33%) | 24       |

$p < 0.01$

En la gráfica se observa que la variable primigestas representa el 96% de las pacientes con desgarras, presentándose así como un probable factor de riesgo para el desarrollo de un desgarras perineal.

En este estudio encontramos que el 66.6% presentó algún tipo de sintomatología sugestiva de algún grado moderado de incontinencia fecal y sólo 8 pacientes (33.3%) permanecieron asintomáticas.

De las 24 que terminaron el estudio, 23 (95.83%) fueron primigestas, y una (4.16%) fue multigesta (*Cuadro 2*). Del total de pacientes, 14 (58.33%) fueron atendidas por médico interno, de las cuales 12 (85.71%) sufrieron DTG, y 2 (8.33%) DSG; las 10 pacientes restantes (41.66%) fueron atendidas por médico residente, de éstas, 4 (40%) sufrieron DTG y 6 pacientes (60%) DCG (*Cuadro 3*).

De 9 pacientes (37.5%) con parto instrumentado, 6 (66.66%) tuvieron DCG y 3 (33.33%) DTG (*Cuadros 4 y 5*) sufrieron algún tipo de lesión de los esfínteres anales; 23

**Cuadro 6. Pacientes obstétricas con desgarro perineal de tercero y cuarto grado, y si tienen o no dificultad para distinguir entre gas y excremento, según lesión del esfínter, valoradas en el servicio de colon y recto del Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Lesión del esfínter | Dific. para distinguir entre gas y excremento |          | Total    |
|---------------------|-----------------------------------------------|----------|----------|
|                     | Sí                                            | No       |          |
| Externo             | —                                             | 9 (37%)  | 9 (37%)  |
| Interno             | 1 (4%)                                        | 1 (4%)   | 2 (8%)   |
| Ambos               | 3 (12%)                                       | 9 (37%)  | 12 (50%) |
| Ninguno             | —                                             | 1 (4%)   | 1 (4%)   |
| Total               | 4 (16%)                                       | 20 (83%) | 24       |

p < 0.01

**Cuadro 7. Pacientes obstétricas con desgarro perineal de tercero y cuarto grado, y si tienen problemas para contener gases según lesión del esfínter, valoradas en el servicio de colon y recto del Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Lesión del esfínter | Problema para contener gases |          | Total    |
|---------------------|------------------------------|----------|----------|
|                     | Sí                           | No       |          |
| Externo             | 5 (21%)                      | 4 (16%)  | 9 (37%)  |
| Interno             | —                            | 2 (8%)   | 2 (8%)   |
| Ambos               | 7 (29%)                      | 5 (21%)  | 12 (50%) |
| Ninguno             | —                            | 1 (4%)   | 1 (4%)   |
| Total               | 12 (50%)                     | 12 (50%) | 24       |

p < 0.01

**Cuadro 3. Pacientes obstétricas con desgarro perineal de tercero y cuarto grado, de acuerdo a quien atendió el parto valorados en el servicio de colon y recto del Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Atendió el parto | Desgarro perineal |            | Total    |
|------------------|-------------------|------------|----------|
|                  | 3er Grado         | 4to. Grado |          |
| Interno          | 12 (50%)          | 2 (8%)     | 14 (58%) |
| Residente        | 4 (16%)           | 6 (26%)    | 10 (42%) |
| Total            | 16 (66%)          | 8 (33%)    | 24       |

p < 0.01

Al comparar las variables desgarro contra grado de adiestramiento del personal médico, se encontró un valor de p = 5.49, por lo que no es estadísticamente significativo.

**Cuadro 4. Pacientes obstétricas con desgarro perineal de tercero y cuarto grado, valoradas en el servicio de colon y recto distribuidos de acuerdo a la utilización de fórceps. Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Desgarro | Instrumentado con fórceps |          | Total    |
|----------|---------------------------|----------|----------|
|          | Sí                        | No       |          |
| 3        | 3 (12%)                   | 13 (55%) | 16 (66%) |
| 4        | 6 (25%)                   | 2 (8%)   | 8 (33%)  |
| Total    | 9 (37%)                   | 15 (63%) | 24       |

p < 0.01

**Cuadro 5. Pacientes obstétricas con desgarro perineal de tercero y cuarto grado, valoradas en el servicio de colon y recto distribuidas de acuerdo a la utilización de fórceps y lesiones en los esfínteres. Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Lesión del esfínter | Utilización de fórceps |          | Total    |
|---------------------|------------------------|----------|----------|
|                     | Sí                     | No       |          |
| Externo             | 3 (12%)                | 6 (25%)  | 9 (37%)  |
| Interior            | 1 (4%)                 | 1 (4%)   | 2 (8%)   |
| Ambos               | 5 (21%)                | 7 (29%)  | 12 (50%) |
| Ninguno             | —                      | 1 (4%)   | 1 (4%)   |
| Total               | 9 (37%)                | 15 (63%) | 24       |

p < 0.01

**Cuadro 8. Pacientes obstétricas con desgarro perineal de tercero y cuarto grado, y si han ensuciado su ropa interior, según lesión del esfínter, valoradas en el servicio de colon y recto del Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Lesión del esfínter | ¿Ha ensuciado su ropa interior? |          | Total    |
|---------------------|---------------------------------|----------|----------|
|                     | Sí                              | No       |          |
| Externo             | 1 (4%)                          | 8 (33%)  | 9 (37%)  |
| Interno             | 2 (8%)                          | —        | 2 (8%)   |
| Ambos               | 5 (21%)                         | 7 (29%)  | 12 (50%) |
| Ninguno             | —                               | 1 (4%)   | 1 (4%)   |
| Total               | 8 (33%)                         | 16 (66%) | 24       |

p < 0.01

pacientes (95.83%); 12 (52.17%) presentaron defectos en ambos esfínteres, 9 (39.13%) sólo en el esfínter externo y 2 (8.69%) sólo del esfínter interno.

Ocho pacientes (33.33%) se presentaron al estudio sin sintomatología, mientras que 4 (16.66%) referían dificultad para distinguir entre gases y excremento, 12 (50%) presentaban incontinencia para gases, 3 (12.5%) habían tenido cuando menos una evacuación accidental, 14 (58.33%) sentían urgencia para defecar y 8 (33.33%) mencionaron que habían ensuciado su ropa (*Cuadros 6,7,8,9 y 10*).

**Cuadro 9. Pacientes obstétricas con desgarró perineal de tercero y cuarto grado, y si tienen o no evacuaciones accidentales según lesión del esfínter, valoradas en el servicio de colon y recto del Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Lesión del esfínter | Tienen evacuaciones accidentales |          | Total    |
|---------------------|----------------------------------|----------|----------|
|                     | Sí                               | No       |          |
| Externo             | 1 (4%)                           | 8 (33%)  | 9 (37%)  |
| Interno             | —                                | 2 (8%)   | 2 (8%)   |
| Ambos               | 2 (8%)                           | 10 (41%) | 12 (50%) |
| Ninguno             | —                                | 1 (4%)   | 1 (4%)   |
| Total               | 3 (12%)                          | 21 (87%) | 24       |

$p < 0.01$

**Cuadro 10. Pacientes obstétricas con desgarró perineal de tercero y cuarto grado, y si pueden contener el deseo de evacuar por más de 5 minutos, según lesión del esfínter, valoradas en el servicio de colon y recto del Hospital Central Militar. Octubre 1997-Abril 1998.**

| Lesión del esfínter | ¿Puede contener el deseo de evacuar por más de 5 minutos? |          | Total    |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|----------|----------|
|                     | Sí                                                        | No       |          |
| Externo             | 6 (25%)                                                   | 3 (12%)  | 9 (37%)  |
| Interno             | 2 (8%)                                                    | —        | 2 (8%)   |
| Ambos               | 6 (25%)                                                   | 6 (25%)  | 12 (50%) |
| Ninguno             | —                                                         | 1 (4%)   | 1 (4%)   |
| Total               | 14 (58%)                                                  | 10 (41%) | 24       |

$p < 0.01$

## Discusión

En nuestro estudio, el ultrasonido endoanal demostró ser una técnica relativamente nueva, capaz de dar imágenes de los esfínteres externo e interno con un alto grado de definición y que permite detectar defectos en todo el complejo esfinteriano, en pacientes con desgarró obstétrico de tercer y cuarto grado, obteniéndose datos semejantes a los obtenidos en la literatura mundial, aunque ligeramente superiores, creemos que los dos factores que influyeron son: que el Hospital Central Militar es un Hospital-Escuela y que se trata de una institución de salud de tercer grado, de concentración.

Aunque los desgarró obstétricos de tercer y cuarto grado son una complicación infrecuente de los partos vaginales, la reparación primaria del esfínter anal en esas mujeres es con frecuencia insatisfactorio. Es importante recordar que: la ruptura obstétrica del esfínter se asocia con un riesgo de 50% de desarrollar incontinencia anal y que el desgarró obstétrico es la primera causa de incontinencia fecal.

Las laceraciones de la vulva y el periné se clasifican como de primero, segundo, tercero y cuarto grados. Estas laceraciones a menudo se pueden prevenir con una episiotomía apropiada y evitando la realización de partos con fórceps de aplicación media. Las laceraciones de primer grado afectan la horquilla, la piel perineal y la mucosa vaginal, pero no la aponeurosis ni el músculo subyacente. Las laceraciones de segundo grado comprometen además de piel y mucosas, la aponeurosis y los músculos del cuerpo perineal pero no el esfínter rectal. En general, estos desgarró se extienden hacia arriba en uno o en ambos lados de la vagina y forman una lesión triangular. Las laceraciones de tercer grado se extienden a través de piel, mucosa y cuerpo perineal y afectan el esfínter anal. Una laceración de cuarto grado se extiende a través de la mucosa rectal para exponer la luz del recto. También es probable que ocurran desgarró en la región de la uretra con este tipo de laceraciones a menos que se realice una episiotomía adecuada. Estos desgarró periuretrales pueden sangrar en forma profusa.

Un desgarró perineal que involucra al esfínter anal durante el parto vaginal tiene gran repercusión en la futura continencia de la mujer. La reparación primaria del esfínter, realizado inmediatamente después del parto por obstetras, ha sido considerada una práctica con buenos resultados.<sup>20</sup> Sin embargo, un estudio reciente en un total de 70 pacientes ha reportado incontinencia anal subsecuente en un 29.48% de mujeres de tres meses a tres años después de la reparación primaria del esfínter.<sup>28</sup>

Este estudio ayuda a determinar el éxito de la reparación primaria del esfínter con respecto a los síntomas defecatorios y alteraciones estructurales del esfínter anal utilizando la ultrasonografía endoanal.

El porcentaje exacto de incontinencia atribuible a cada una de las diversas causas es desconocida. En una serie, las causas más frecuentes de incontinencia fecal fueron los daños a músculos y nervios durante cirugía (48%) y daños a nervios periféricos asociados a enfermedades sistémicas, como diabetes.<sup>34</sup>

Los daños a la médula espinal o los defectos que incluían daños a la columna se encontraron en el 22% de los casos. En muchas series los daños obstétricos y quirúrgicos fueron las causas más frecuentes de incontinencia: La variación frecuentemente depende del enfoque e intereses personales de los autores.<sup>34</sup>

Así como en la investigación de cualquier otra condición patológica, es necesario obtener una cuidadosa historia clínica, ya que las recomendaciones terapéutica están basadas en la causa particular de la incontinencia. La incontinencia completa está definida como el paso incontrolado de heces sólidas, mientras que la incontinencia parcial es definida como el paso incontrolado de líquidos o sea flatulencia. La incontinencia también debe ser distinguida de la urgencia, en la cual la dieta de la paciente o sus hábitos intestinales conducen a un paso frecuente de evacuaciones líquidas acompañadas por una enorme sensación de urgencia.<sup>30,34</sup>

En esos casos, el simple cambio en la dieta suele bastar. Además de la consistencia, el saber la frecuencia de los movimientos intestinales ayuda a determinar si es necesario el uso de algún antidiarreico. Conocer el antecedente de trauma postobstétrico es útil. Se debe investigar también acerca de padecimiento o problemas asociados, como incontinencia urinaria, diabetes mellitus, medicamentos o tratamientos radiológicos.<sup>30</sup>

Las pacientes con anomalías congénitas, como la enfermedad de Hirschsprung, generalmente se presentan con algo de constipación y megacolon. Es necesaria una historia precisa para distinguir el padecimiento del megacolon.

Ion adquirido en el grupo de edad de adolescentes y adultos. En un paciente con megacolon adquirido, el ensuciamiento del periné por la incontinencia por rebosamiento con frecuencia es secundario a impactación fecal. Con la enfermedad de Hirschsprung la incontinencia de líquidos o flatulencia es rara debido a que el esfínter interno está constantemente cerrado.<sup>34</sup>

Cuando el paciente haya tenido cualquier cirugía anorrectal previa o anastomosis colónica baja, ello puede conducir a incontinencia anal. También, bebidas como el café o cerveza pueden conducir a frecuentes movimientos intestinales laxos. Cualquier referencia de trauma antiguo o reciente en el área anorrectal puede auxiliar en el establecimiento de la causa de la incontinencia. Los síntomas motores o sensitivos asociados pueden apuntar hacia una lesión neurológica.<sup>30,33</sup>

**Exploración física.** Se debe identificar en todo caso si la incontinencia es una manifestación de una enfermedad generalizada o de un desorden neurológico o si es un fenómeno local. Además, el periné debe ser inspeccionado. Por simple retracción de los glúteos, se puede evidenciar algunas patologías. También, cualquier hemorroide prolapsada o evidencia de prurito puede apuntar al hecho de que factores anatómicos locales pueden ser los responsables de un ensuciamiento menor de líquido o flatulencia. Las cicatrices de cirugías previas pueden ser identificadas también. Debe investigarse la sensación de punzada. El reflejo ano-cutáneo puede ser evaluado por estimulación de la piel perianal y observar la respuesta del esfínter.<sup>30</sup>

El examen digital del recto revela fuerza o discontinuidad del músculo del esfínter. La capacidad para valorar la fuerza de la contracción voluntaria del esfínter es subjetiva. Las quejas del paciente pueden proporcionar un índice más confiable de incontinencia.

La exploración anoscópica o proctosigmoidoscópica revela cualquier proceso inflamatorio o neoplásico que contribuye al malestar de la paciente.<sup>34</sup>

Investigación especial puede efectuarse: el «desafío con enema», enema de bario, manometría anorrectal, defecografía, electromiografía, latencia motora terminal del nervio pudendo y rendimiento rectal.

La continencia anal depende de una serie compleja de respuestas reflejas y aprendidas a estímulos colónicos y rectales y la considerable variación individual en los hábitos intestinales marcan una clara distinción del deterioro de la continencia. Algunos pacientes pueden no quejarse de incontinencia parcial, aun padeciéndola; es por ello que se debe cuestionar cuidadosamente a los pacientes.

La incidencia exacta de incontinencia fecal es desconocida. Los grupos de individuos con alto riesgo incluyen a ancianos, enfermos mentales, pacientes institucionalizados, aquéllos con alteraciones neurológicas, y las mujeres con alta paridad. La prevalencia de la incontinencia fecal en la comunidad se ha estimado en 4.2 por 1000 en hombres de entre 15 y 64 años, 10.9 por 1000 en hombres mayores de 65 años; 1.7 por 1000 en mujeres de entre 15 y 64 años y 13.3 por 1000 en mujeres mayores de 65 años.

En pacientes geriátricos y psiquiátricos hospitalizados encontramos una incidencia del 26% y 31%, respectivamente. En 30 casas residenciales para ancianos, la incontinencia fecal ocurre al menos una vez a la semana en 10.3% de los residentes, de los cuales 94% tienen evidencia de daño cerebral orgánico. Incontinencia de evacuaciones es la segunda causa más frecuente para personas institucionalizadas y ancianas.

Las recomendaciones terapéuticas para incontinencia pueden ser hechas mejor cuando se entiende mejor la anatomía y fisiología de la región anorrectal.

El porcentaje exacto de incontinencia atribuible a cada una de las varias causas es desconocida. En una serie, las causas más frecuentes de incontinencia fecal fueron los daños a músculos y nervios durante la cirugía (48%) y daños a nervios periféricos asociados a enfermedades sistémicas, como diabetes.

Las complicaciones del parto vaginal están entre las causas más frecuentes de incontinencia y de incontinencia corregible quirúrgicamente vista por los cirujanos. Durante el parto vaginal son frecuentes los desgarros perineales. El porcentaje de incontinencia fecal mayor fue reportada como del 0.002% en una serie de 20,500 partos vaginales. Para prevenir esta complicación, los obstetras han desarrollado varias incisiones para facilitar el parto. Un método popular es la episiotomía media, la cual generalmente cicatriza bien y sin complicaciones. Sin embargo, si hay una alteración de la reparación o si se infecta, la paciente puede volverse incontinente.

Un mecanismo indirecto de incontinencia atribuible al nacimiento es la compresión del nervio pudendo durante la labor. Este daño puede iniciar una cadena de eventos ya que con la compresión del nervio pudendo hay un descenso del piso pélvico, lo cual puede conducir a denervación del esfínter externo, del esfínter interno o del músculo puborrectal, y finalmente incontinencia fecal. Este último se puede desarrollar décadas después del daño.

La denervación del esfínter externo puede manifestarse como un decremento de la presión compresiva y denervación del esfínter interno por decremento de la presión de reposo.

**Ultrasonografía endorrectal.** Los estudios endosonográficos del recto se han hecho populares y clínicamente importantes, si bien la técnica se desarrolló en los años setenta; el equipo se ha hecho mucho más sofisticado en los años ochenta, y las características de los diagnósticos sonográficos se han incrementado con el aumento de la capacidad de resolución de los equipos.

En el Hospital Central Militar se atienden más de 3,000 partos vaginales al año, la incidencia de los desgarros obstétricos de tercer y cuarto grado son una causa poco común, pero son una seria complicación del parto vaginal<sup>28</sup> en la que la literatura a nivel mundial señala que hasta el 35% de las pacientes con un desgarro obstétrico del tercer grado tienen daño al esfínter, y el 85% de las pacientes que fueron sometidas a reparación primaria por el obstetra tienen defectos estructurales permanentes de los esfínteres, detectables por medio de la ultrasonografía endoanal a los que podríamos agregar los factores predisponentes de desgarros como son: un trabajo de parto prolongado, parto precipita-

do, parto en posición fetal occipito-posterior persistente, productos macrosómicos, uso de fórceps y extensión de la línea de episiotomía media hasta el ano<sup>20</sup> que en el Hospital Central Militar se le realiza a más del 80% de las pacientes.

Las mujeres con defectos que no presentan sintomatología podrían tener una función residual suficiente para mantener la continencia, pero el seguimiento a largo plazo de tales pacientes es necesario para determinar qué tan grande es el riesgo para la incontinencia fecal en el transcurso de su vida, tomando en cuenta los posibles partos subsecuentes, la edad asociada a sus cambios hormonales, y con los daños ocultos de sus esfínteres pudiendo aumentar el riesgo de la incontinencia.<sup>18</sup> Es importante mencionar que el parto vaginal es la primera causa de incontinencia anal en mujeres<sup>8</sup> que si bien su morbilidad no es grave, sí lo es su repercusión social en la vida diaria de la paciente que lo llega a presentar, ya que es considerada como una discapacidad social.

Un desgarro perineal que afecta la esfínter anal durante el parto vaginal tiene gran repercusión sobre la futura continencia de la mujer. La reparación primaria del esfínter es, generalmente, realizada por el obstetra inmediatamente después del parto, teniendo aparentemente buenos resultados. Sin embargo, en estudios recientes se ha encontrado que hasta el 85% de las mujeres con desgarros obstétricos de tercer y cuarto grado presentaron defectos estructurales persistentes de los esfínteres anales interno y externo. De estas pacientes, el 50% permaneció asintomático,<sup>8</sup> y sólo un tercio de las mujeres con defectos del esfínter presentó sintomatología intestinal<sup>18</sup> que es fácilmente reconocida como incontinencia, presentándose como evacuaciones accidentales y la imposibilidad del control de la defecación, pero la sintomatología sugestiva de un grado menor de incontinencia fecal es poco común que las pacientes las reporten a su médico, como son la urgencia fecal y la incontinencia para gases. Aun cuando llegasen a mencionarla el médico podría no darle el valor suficiente para investigar una posible incontinencia del esfínter anal quedando así sub-reportados estos valiosos datos.

## Referencias

1. Ann CL. Faecal incontinence: What causes it and how do you now? Biofeedback for pelvic floor disorders. University of Minnesota. 1993; 1-8.
2. Anthony S, Buitendijk SE, Zondervan KT, Van Rijssel EJ, Verkerk PH. Episiotomías y la aparición de laceraciones perianales severas. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101(12): 1064-7.
3. Buckens P, Lagasse R, Dramaix M, Wollast E. Episiotomía y desgarros de tercer grado. Br J Obstet Gynaecol 1985; 92(8): 820-3.
4. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaar M, Secher NJ. Cambios en el uso de la episiotomía-métodos y consecuencias. BMJ 1994; 12: 309 (6964): 1255-8.
5. Henriksen TB, Bek KM, Hedegaar M, Secher NJ. Episiotomía y lesiones perineales en partos vaginales espontáneos. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99(12): 950-4.
6. Henry MM. Pathogenesis and management of faecal incontinence in the adult. Gastroenterol Clin North Am 1987; 16: 35-45.
7. Kamm MA. Obstetric damage and faecal incontinence. Lancet 1994; 10 344 (8924): 730-3.
8. Labrecque M, Baillaergeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. Asociación entre episiotomía media y laceraciones perineales severas en primíparas. CMAJ 1997; 15 156 (6): 797-802.
9. Laurberg S, Swash M, Henry MM. Delayed external sphincter repair for obstetric tear. Br J Surg 1988; 75: 786-8.
10. Wollast E, Dahlstrom JA. ¿Pueden las mujeres con ruptura del esfínter anal intraparto sufrir efectos dos décadas después? Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 60 (6): 420-5.
11. Legino LJ, Woods MP, Rayburn WF, MacGoogan LS. Desgarros perineales de tercero y cuarto grado. Cincuenta años de experiencia en un hospital universitario. J Reprod Med 1988; 33(5): 423-6.
12. Matthew DR. MD Ultrasound. New York Edit: Raven press 1988; 34-49.
13. Moller Bek, Lauuberg S. Intervención durante el parto: factores de riesgo asociados con desgarro completo del esfínter anal. Acta Obstet Gynecol Scand 1992; 71 (7): 5204.
14. Poen AC, Feld-Bersma RJ, Dekker GA, Deville W, Cuesta MA, Meuwissen SG. Desgarro obstétrico perineal de tercer grado: Factores de riesgo y el rol preventivo de la episiotomía. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104(5): 563-6.
15. Sorensen M, Tetzchner T, Rasmussen OO, Bjarnesen J, Christiansen J. Sphincter rupt in childbirth. B J Surg 1993; 80: 392-4.
16. Sultan AH, Kamm MA, Hudson SN, Bartram CL. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. N Engl J Med 1993; 329: 195-201.
17. Sultan AH, Kamm MA, Hudson SN, Bartram CL. Anal sphincter trauma during instrumental delivery. Int J Gynaecol Obstet 1993; 43: 263-70.
18. Sultan AH, Kamm MA, Hudson SN, Bartram CL. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors and outcome of primary repair. BMJ 1994; 308: 887-91.
19. Sultan AH, Hudson SN. Are juniors doctors and midwives adequately trained to repair the perineum J obstet Gynaecol 1993; 13: 484-5.
20. Thomas TM, Egan M, Walgrove A et al. The prevalence of faecal an double incontinence. Community Med 1984; 6: 216-20.
21. Tobin GW, Brocklehurst JC. Faecal incontinence in residential homes for the elderly: Prevalence, etiology, management. Age Ageing 1986; 15: 41-46.
22. Yash P, John AC. Incontinence faecal. Clin-North-Am 1994; 6: 1435-45.
23. Venkatesh KS, Ramanujam PS, Larson DM et al. Anorectal complications of vaginal delivery. Dis Colon Rectum 1989; 32: 1039-1041.
24. Wenstein D et al. Faecal incontinence after delivery. General Obstetric 1993; 3: 440-41.
25. Sultan AH. A prospective study of anal disruption. N E J M 1993; 329: 1905-11.
26. Sorensen SM, Bondensen H, Istre O, Vilmann P. Perineal rupture following vaginal delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 1988; 67: 315-8.
27. Hadden K, Dahlstrom JA, Lennart L. Anal sphincter competence in healthy women, Clinical implication of age and other factors. Obstet Gynecol 1991; 78: 823-7.
28. Bockus HL. Gastroenterología. Tomo II. Tercera edición. Salvat 1980: 481807.
29. Granger N, Barrowman JA, Kwietyspr. Clinical Gastrointestinal Physiology. Editorial Saunders. 1985: 222-32.
30. Sanford PA. Fisiología del Aparato Digestivo. Ed. Manual Moderno 1984: 175-80.
31. Haubrich W. Anatomía del Colon. En: Berk JE, Haubrich WS, Kalser M, Roth JLA, Vilardell. Gastroenterología Tomo Y. 3a Edición., Ed. Salvat. 1980: 814-817.
32. Gordon P, Nivatvongs S. Principios y Práctica de Cirugía de Colon, Recto y Ano. USA 1991.
33. Browning GGP, Motson RW. Results of parks operation for fecal incontinence after anal sphincter injury. BMJ 1983; 286: 1873-5.
34. Deen KJ, Kumar D, Williams JG. The prevalence of anal sphincter defects in faecal incontinence: a prospective endosonic study. Gut 1993; 34: 685-688.