

**PROTOCOLO:**

**LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento.**

Servei de Medicina Maternofetal.

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona

**1. INTRODUCCIÓN**

La reparación del periné después de una episiotomía o desgarro es una de las prácticas quirúrgicas más frecuentes en la obstetricia. El dolor perineal crónico, la dispareunia y la incontinencia urinaria y fecal son algunas de las secuelas que puede presentar la paciente si no se aplica una técnica quirúrgica adecuada.

Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, siguiendo los criterios aceptados por el RCOG. El desgarro de 3er grado se subdivide en 3 categorías, tal como se especifica en la tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de desgarros perineales

1º grado	Lesión de piel perineal		
2º grado	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
3º grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo <50%
		3b	Lesión del esfínter externo >50%
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
4º grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior que los de grado 3b, y a su vez éstos el doble que los 3a. En el caso de tener dudas con respecto al grado de desgarro (3a o 3b), se debe optar por la opción más grave.

Existen lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación. Puede detectarse una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como fístulas recto-vaginales.

Por las repercusiones clínicas podemos diferenciar la reparación de los desgarros de primer y segundo grado, que no suelen comportar secuelas a largo plazo, de los desgarros de tercer y cuarto grado.

## 2. REPARACIÓN DE LESIONES PERINEALES

---

### 2.A. PRIMER Y SEGUNDO GRADO:

En la sutura de cualquiera de ellos será importante una buena iluminación y visualización del campo, una anestesia adecuada, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.

#### Sutura de mucosa vaginal:

1. Material de sutura: Vicryl rapid "Safil quick" 2/0.
2. Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo.
3. Realizar una sutura continua des del ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.

#### Sutura de músculos perineales:

1. Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos.
2. Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o Vicryl 2/0 convencional.
3. Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. Los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que se deben buscar y unirse mediante puntos sueltos o sutura continua hasta obtener su continuidad y la superposición del tejido muscular sobre la grasa.

#### Sutura de piel:

La piel debe quedar correctamente aproximada pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto. Por este motivo se aceptan 2 opciones:

- Sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o 3/0, sin suturar directamente la piel.
- Puntos sueltos en piel de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o 3/0, evitando la tensión de los mismos.

### 2.B. REPARACIÓN DE DESGARROS DE TERCER Y CUARTO GRADO

La identificación del tipo y grado de lesión es fundamental para una correcta reparación de la lesión. Para que la exploración perineal sea precisa se debe realizar, de forma sistemática, un tacto rectal

con el dedo índice, y una palpación digital de la masa del esfínter entre el dedo alojado en el recto y el pulgar que explora el periné. En esta exploración, el desplazamiento hacia el cuerpo del periné del dedo índice, permite una mejor exposición de la zona lesionada.

El esfínter interno se identifica como una banda fibrosa blanquecina entre la mucosa rectal y el esfínter externo. Su identificación puede ser difícil en el momento agudo. Estas fibras son responsables del 75% del tono anal que mantiene la continencia. El esfínter externo puede no ser visible de entrada debido a la retracción lateral que sucede una vez seccionado. Está formado por fibras de musculatura estriada con morfología circular que se sitúan alrededor del esfínter interno.

#### Preparación (Tabla 2):

- Se consideran lesiones contaminadas, por lo que antes de iniciar su reparación, debe asegurarse un campo quirúrgico limpio y con medidas de asepsia adecuadas, realizando lavados si es necesario.
- Conseguir una **buena relajación y analgesia** de la zona para poder suturar correctamente.
- Administrar una **profilaxis antibiótica**: dosis única de **cefalosporina de 2ª o 3ª generación ev o im antes de suturar** (cefminox [Tencef®], cefoxitina 1g, ceftriaxona 1g, cefuroxima [Zinnat®]...). Las cefalosporinas de 1ª generación (Cefazolina [Kurgan®]) no tienen una cobertura suficiente en estos casos. En pacientes alérgicas a β-lactámicos, administrar una dosis de Gentamicina 240mg ev + Metronidazol 500mg ev. Según el grado de desgarró, esta pauta se completará con un tratamiento antibiótico más prolongado (5-10 días). (Ver punto 3 Manejo en la Sala de Hospitalización)
- Para la sutura de lesiones de esfínter se dispondrá en sala de partos de un kit específico con todo el instrumental necesario para su reparación (Tabla 2).

#### Sutura mucosa rectal:

La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con una sutura continua submucosa o puntos sueltos utilizando Vicryl 3/0 convencional (no rapid) como primera elección o PDS 3/0, sin penetrar en toda la profundidad de la mucosa rectal. No debe alcanzarse la luz del canal anal para evitar la formación de fístulas recto-vaginales.

#### Sutura de esfínter:

Las fibras del esfínter externo suelen estar retraídas hacia los lados. Si no se accede correctamente a sus extremos, debe disecarse el tejido con tijeras Metzenbaum hasta conseguir extremos de fibras musculares de suficiente tamaño para asegurar una correcta reconstrucción. Los fijadores Allis pueden ser de ayuda para identificar y aislar los extremos.

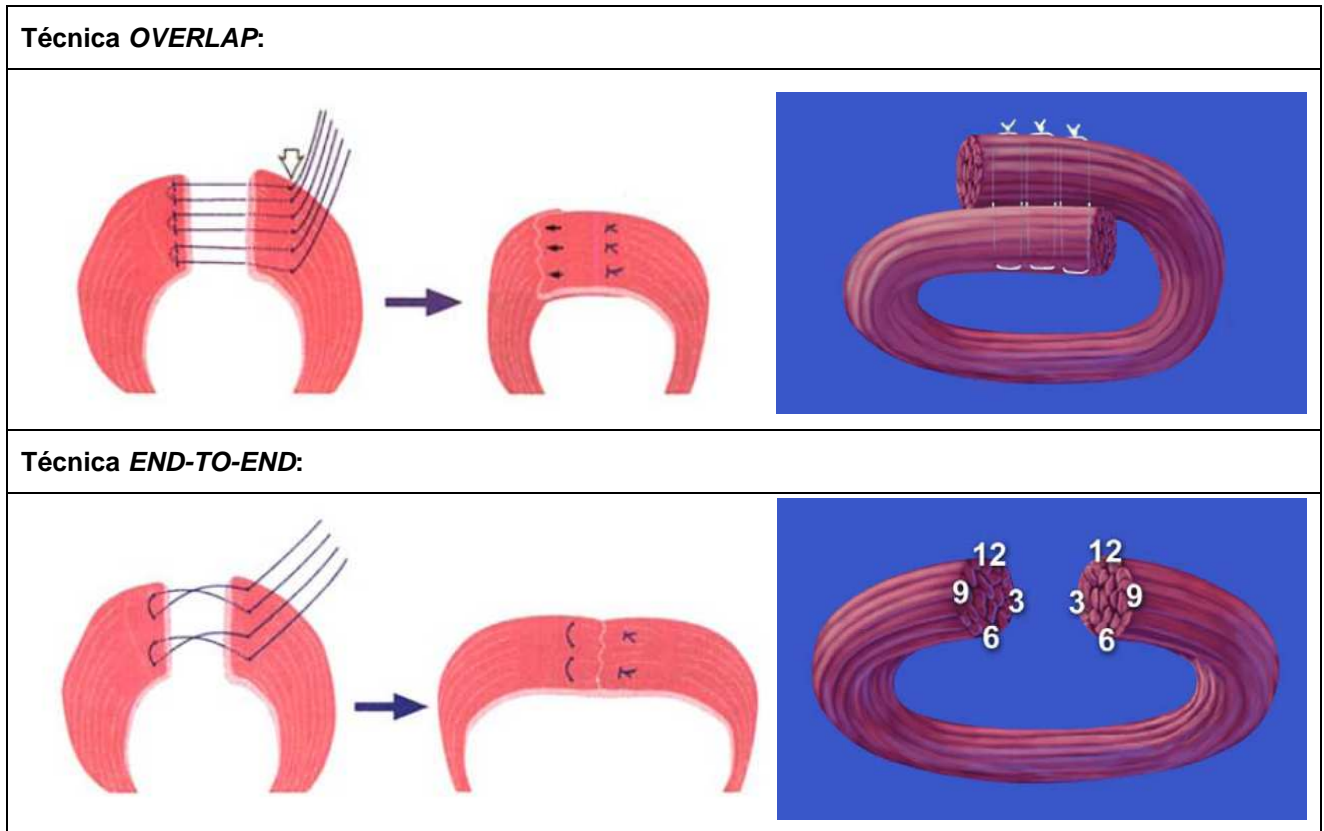
- Técnica de reparación: Pueden usarse 2 técnicas de sutura con resultados equivalentes: **overlap** o bien **end-to-end** utilizando hilo monofilamento (PDS) 3/0 o Vicryl 2/0 convencional para la sutura (Figura 1). Los hilos monofilamento parecen tener menor riesgo de infección. Cuando se identifica la lesión del **esfínter interno** se suturará con puntos sueltos de PDS 3/0 o Vicryl 2/0 convencional.

La sutura de mucosa vaginal, músculos perineales, y piel se realizará según las indicaciones anteriormente descritas.

**Tabla 2: Reparación de desgarros perineales de 3er- 4o grado**

MEDIDAS GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación del campo y medidas de asepsia: Tallas y guantes estériles, suero fisiológico o antiséptico (clorhexidina o povidona iodada) para lavados si se requieren.</li> <li>- Analgesia adecuada y relajación</li> <li>- Iluminación adecuada del campo</li> <li>- Profilaxis antibiótica</li> </ul>	
MATERIAL NECESARIO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pinza sin dientes</li> <li>- 2 pinzas tipo Allis</li> <li>- Tijeras Metzenbaum</li> <li>- Tijeras Mayo</li> <li>- Porta agujas corto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SUTURAS                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esfínter anal: <b>PDS 3/0</b> o <b>Vicryl 2/0 convencional</b> (end-to-end o overlap)</li> <li>• Mucosa rectal: <b>Vicryl 3/0 convencional</b> o <b>PDS 3/0</b> submucosa continua o puntos sueltos.</li> </ul> </li> </ul>

**Figura 1: Técnicas de reparación de esfínter anal**



### 3. MANEJO EN LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN

1. Se recomienda el uso de tratamiento antibiótico profiláctico para disminuir el riesgo de infección y dehiscencia de la herida, tal como se describe en la Tabla 3:

Tabla 3. Profilaxis antibiótica en lesiones de esfínter

		<b>1ª ELECCIÓN</b>	<b>ALERGIA PENICILINA</b>
<b>3º grado</b>	<b>3a</b>	CEFALOSPORINA de 2ª o 3ª gen ev o im <b>Dosis única</b>	GENTAMICINA* 240mg ev + METRONIDAZOL 500mg ev <b>Dosis única</b>
	<b>3b</b>	CEFUROXIMA 250mg/12h + METRONIDAZOL 500mg/8h durante <b>5 días</b>	GENTAMICINA* 240mg/24h ev + METRONIDAZOL 500mg/8h durante <b>5 días</b>
	<b>3c</b>		
<b>4º grado</b>		CEFUROXIMA 250mg/12h + METRONIDAZOL 500mg/8h durante <b>10 días</b>	GENTAMICINA* 240mg/24h ev + METRONIDAZOL 500mg/8h durante <b>10 días</b>

\* (Adaptar a 3-5 mg/Kg en caso de IMC extremos)

El tratamiento antibiótico se iniciará vía ev. Cuando se retire la vía venosa puede continuarse por vía oral. La paciente debe continuar el tratamiento de forma domiciliaria una vez sea dada de alta.

En caso de alergia a  $\beta$ -lactámicos, el tratamiento ambulatorio será el siguiente:

- Si lactancia materna:  
GENTAMICINA\* 240mg/24h ev + METRONIDAZOL 500mg/8h vo durante 5-10 días según el grado de lesión.  
Para realizar la pauta completa en régimen ambulatorio, la paciente deberá acudir a C-ENF diariamente para administrar la dosis de Gentamicina. Si no es posible, se debe mantener el ingreso a la paciente.
- Si NO lactancia materna (o discontinuando la lactancia materna):  
CIPROFLOXACINO 500mg/12h vo + METRONIDAZOL 500mg/8h vo durante 5-10 días según el grado de lesión.

2. Uso de laxantes osmóticos como la lactulosa (Duphalac®) o el lactitol (Emportal®) o formadores de bolo (Plantaben®) 1 cada 12 horas hasta asegurar una deposición correcta. Puede aparecer flatulencia y cierto grado de incontinencia a gases relacionada con el uso de laxantes y no con la propia lesión de esfínter. Se recomienda informar a la paciente de este posible efecto adverso.

Si es necesario puede administrarse Micralax® (pero debe colocarlo alguien de personal auxiliar o enfermería y no la propia paciente, para evitar lesiones accidentales).

Debe asegurarse que se produce deposición en un término no superior a 5 días (aunque sea en domicilio). Si no es así, debe explorarse a la paciente para descartar impactación fecal.

#### **4. SEGUIMIENTO AL ALTA**

Tras la correcta reparación del esfínter externo, entre el 60 y el 80% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. En las que presentan sintomatología, los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria. Además, se encuentran lesiones ecográficas persistentes hasta en el 40% de mujeres asintomáticas.

Por tanto, tras una lesión perineal de 3er o 4º grado se realizará un seguimiento específico:

- Al alta, entregar tríptico informativo.
- Citar visita de cuarentena con médico de referencia habitual.
- Citar a las **6-12 semanas** en **H-STR**, dispensario de enfermería especializado en valoración clínica tras lesiones perineales. Los objetivos de esta visita incluyen:
  - **Valoración de síntomas** ano-rectales y otros síntomas uro-ginecológicos, mediante un interrogatorio abierto o un cuestionario de síntomas específico.
  - **Exploración pélvica** que incluya la valoración del tono en reposo y de la capacidad contráctil del esfínter anal.
  - **Recomendación de ejercicios** de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión, en todos los casos. Las pacientes que presentan afección del componente externo del esfínter anal obtienen más beneficio con esta medida.
- Programar en 6-12 semanas (coincidir con H-STR si es posible) una **ECO TRANSPERINEAL** en UBF para valorar si persiste algún defecto anatómico del esfínter.

Si la mujer está asintomática, se dará de alta, indicando que en caso de aparición de síntomas acuda a control.

En las mujeres que presenten lesión ecográfica o síntomas de incontinencia anal a los 2-3 meses del parto, se insistirá en la realización de ejercicios de suelo pélvico y programará una visita de seguimiento a los **6 meses**. La actividad a realizar será la misma que en el control previo, la valoración de los síntomas, la exploración física y la ecografía transperineal. En los estudios con seguimiento se han observado un nivel considerable de casos que evolucionan favorablemente hacia la resolución de los síntomas en los primeros seis meses postparto.

En la paciente con síntomas de incontinencia anal persistente 6 meses después un parto con desgarro de 3º y 4º grado, se remitirá a la Unidad de Suelo Pélvico en la Sede Clínic donde se completará el estudio (se valorará la realización de ecografía endoanal para identificación de defecto

anatómico persistente, manometría ano-rectal o estudio electrofisiológico para descartar la lesión neurológica). Según el resultado de las pruebas diagnósticas, el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico. La mayor parte de estas pacientes podrán beneficiarse del tratamiento conservador con biofeedback anal. Sólo un número muy limitado de pacientes precisarán una reparación secundaria del esfínter.

A los **12 meses** del parto se realizará un control telefónico de todas las pacientes para reevaluación y cierre de casos.

## **5. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA INCONTINENCIA ANAL**

Los factores de riesgo para lesiones de esfínter de origen obstétrico incluyen: Nuliparidad, macrosoma (peso > 4000g), inducción del parto, 2º estadio del parto prolongado, analgesia epidural, parto instrumentado (fórceps > vacuum), variedad occipito-posterior, episiotomía media.

Las recomendaciones para la prevención primaria de los desgarros perineales son:

- Episiotomía restrictiva medio-lateral, con un ángulo suficiente, que permita el alejamiento del esfínter anal. Para asegurar que se realiza la episiotomía con el ángulo adecuado, se recomienda marcar con rotulador el recorrido de la misma antes de la distorsión perineal producida por la cabeza fetal.
- En caso de indicarse un parto instrumentado es preferible, siempre que las condiciones obstétricas lo permitan, el uso de la ventosa en lugar del fórceps.
- Cuando se realice un parto instrumentado, se recomienda retirar las ramas para la fase final del expulsivo, una vez se ha conseguido el descenso suficiente de la cabeza.
- Protección adecuada del periné, basada en el enlentecimiento de la fase final del periodo expulsivo del parto, y en lograr la expulsión de la cabeza en máxima flexión, entre dos contracciones.
- El masaje perineal durante la gestación ha evidenciado un aumento del número de mujeres con periné intacto posparto, aunque no se han encontrado ni una disminución de los desgarros del esfínter anal, ni diferencias clínicas a los dos meses del parto.

## **6. CONDUCTA EN SIGUIENTE PARTO DESPUÉS DE UN DESGARRO DE ESFÍNTER ANAL**

En general las mujeres que han tenido un desgarro de esfínter anal, cuando se plantean otro embarazo, su preocupación se centra en la posibilidad de que esta lesión pueda repertirse y en que aparezcan o se agraven los síntomas de incontinencia anal.

Existen muy pocos estudios que ofrezcan datos consistentes sobre la recurrencia de desgarro de esfínter anal y la incidencia de incontinencia anal *de novo* o el agravamiento de una incontinencia anal existente, en los partos vaginales posteriores al primer desgarro. Globalmente, el riesgo de recurrencia de una lesión de 3er o 4º grado oscila entre un 3.6-7.2%. La cesárea electiva evita la

posibilidad de un nuevo desgarro, pero no protege de la aparición de incontinencia anal a largo plazo, ya que ésta depende de otros factores de riesgo distintos a los del parto (edad, obesidad, depresión u otras enfermedades concomitantes, cirugía ano-rectal, etc).

Al no disponer de datos suficientes que permitan basar las recomendaciones en un nivel alto de evidencia, podríamos realizar las siguientes consideraciones en cuanto a la vía del parto de un siguiente embarazo tras un desgarro de 3º y 4º grado:

- Debe recomendarse una cesárea electiva en aquellas mujeres que hayan requerido una **cirugía ano-rectal de reparación** en un segundo tiempo.
- En las mujeres que presenten **síntomas de incontinencia anal**, puede ofrecerse la posibilidad de una cesárea electiva, aunque se puede contemplar la posibilidad de tener un parto vaginal y plantear posteriormente el estudio y eventual tratamiento. La decisión final debería tomarla la mujer con información detallada y de acuerdo a sus preferencias.
- En mujeres **asintomáticas con lesión ecográfica extensa del esfínter y/o alteración de la manometría**, sobre todo si presentaron síntomas transitorios de incontinencia tras el parto vaginal previo, puede ofrecerse la posibilidad de una cesárea electiva, aunque se puede contemplar la posibilidad de tener un parto vaginal. La decisión final debería tomarla la mujer con información detallada y de acuerdo a sus preferencias.
- Si la mujer está **asintomática** puede recomendarse un parto vaginal. No existe evidencia de que una episiotomía sistemática en el siguiente parto le proteja de una nueva lesión.

Responsables del protocolo:

Servei Medicina Maternofetal: M López, M Palacio.

Servei Ginecologia: M del Pino, M Puig, E Bataller, M Espuña.

Fecha de creació: 15/5/2006

Actualizaciones: 18/2/2008

Última actualización: 6/4/2010