



Capítulo 12

Trauma obstétrico perineal

Atala María Ardila Chevel

Residente de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Introducción

Después de un parto vaginal es común que se presenten lesiones del piso pélvico en donde se puede ver afectado el cuello uterino, la vagina, la vulva y el periné. La mayoría de estos traumatismos no van a producir resultados adversos graves; pero cuando hay compromiso del complejo del esfínter anal, a pesar de ser menos frecuente, se asocia más comúnmente a prolapso de órganos pélvicos, incontinencia urinaria e incontinencia fecal (1).

Anatomía

Los genitales externos están compuestos por el monte de Venus, los labios mayores, labios menores, clítoris, vagina, vestíbulo y periné.

El cuerpo perineal es el sitio donde más ocurren los desgarramientos obstétricos, es una masa densa de tejido conectivo que tiene forma de rombo, que delimita en la parte anterior con la sínfisis del pubis, posterior con el coxis y en sentido lateral con las tuberosidades isquiáticas, los ligamentos sacrotuberosos y las ramas isquiopúbicas; en profundidad el límite es el diafragma pélvico, y superficial la piel.

Si se traza una línea transversal entre las tuberosidades isquiáticas se puede dividir en dos triángulos: el triángulo urogenital y el triángulo anal.

Dentro del cuerpo perineal están entrelazadas las fibras de los músculos bulbocavernoso, transverso superficial del periné y del esfínter anal externo (2).

Clasificación

En 1999 se creó la clasificación de *Sultan* para la estandarización y mejor comprensión de las lesiones, la cual ha sido adaptada por el Colegio Real de Ginecólogos y Obstetras (RCOG) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3).

El trauma obstétrico perineal puede ocurrir de forma espontánea con el parto vaginal o de forma secundaria como extensión de la episiotomía; la gran mayoría corresponden a desgarramientos grado 1 y 2 (**Tabla 1 y Figura 1**). El traumatismo grave corresponde a los grados 3 y 4, en donde se ve comprometido el esfínter anal interno o externo y en el caso más grave la mucosa rectal, denominadas lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS, por sus siglas en inglés) (**Figura 2**) (4).

Clasificación de las laceraciones obstétricas			
Grado de la lesión	Área comprometida		
1er grado	Lesión de la piel perineal		
2do grado	Lesión de los músculos del periné sin afectar el esfínter anal		
3er grado	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión EAE <50 %
		3b	Lesión EAE >50 %
		3c	Lesión EAE y EAI
4to grado	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

Tabla 1. Clasificación de las laceraciones obstétricas. EAE: Esfínter anal externo; EAI: Esfínter anal interno. Fuente: Construcción propia según referencias del RCOG.

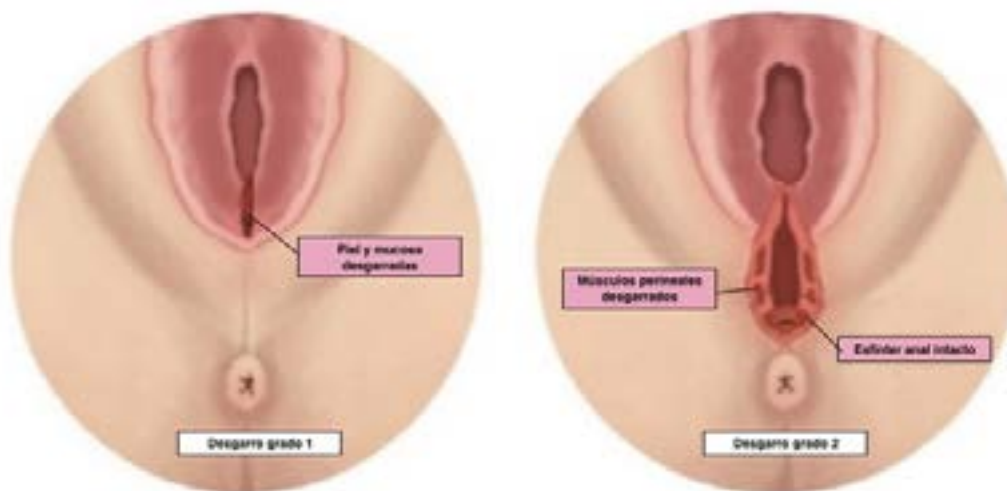


Figura 1. Anatomía del desgarro perineal grado 1 y 2. Adaptada por Laura Beltrán.

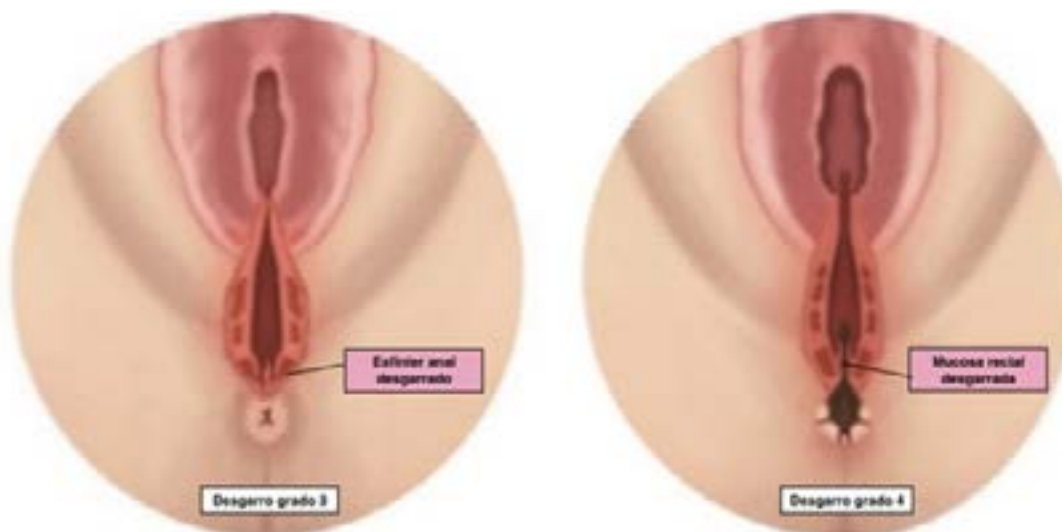


Figura 2. Anatomía del desgarro perineal grado 3 y 4. Adaptada por Laura Beltrán.

Epidemiología y factores de riesgo

Las lesiones obstétricas se presentan hasta en un 80 % de todos los partos, sin embargo, la gran mayoría son laceraciones superficiales que no comprometen el periné y no van a requerir intervenciones adicionales a menos que la lesión sea hemorrágica o distorsione la anatomía; pero hasta un 11 % van a comprometer el esfínter anal (1).

Un metaanálisis evaluó el riesgo general de OASIS en 8

estudios observacionales y demostró que el riesgo general es de 6,3 %, en el primer parto es de 5,7 % y el riesgo de que se presente en una mujer con parto previo sin OASIS es del 1,5 % (5).

Se conocen muchos factores de riesgo para desarrollar un trauma perineal obstétrico, en los cuales se incluyen los maternos, los del parto y los fetales.

Entre los maternos conocidos se encuentran: la primiparidad

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

por la poca elasticidad de los tejidos perineales, diabetes y edad de la mujer; de los factores asociados al trabajo de parto los que más se han asociado con parto instrumentado como extracción al vacío o fórceps, episiotomía, distocia de hombros y la duración del segundo estadio del trabajo de parto >1 hora; y los relacionados con el recién nacido son el peso mayor a 4.000 gramos, presentación podálica y sufrimiento fetal agudo (4).

Tratamiento

Corrección quirúrgica de los desgarros perineales Independientemente del grado de desgarro, una vez diagnosticados, la reparación quirúrgica es el pilar del tratamiento; existen estudios observacionales de poco peso estadístico, en los que no se encontró diferencias con respecto a los resultados clínicos entre los grupos cuando se suturaban los desgarros grado 1 o 2 a las 8 semanas posparto. Sin embargo, la recomendación es corregirlos si el desgarro grado 1 o 2 distorsiona la anatomía o está sangrando, y los desgarros grado 3 y 4 indiscutiblemente requieren intervención inmediata (1).

Como todas las mujeres que se someten a un parto vaginal tienen riesgo de OASIS, el examen clínico a todas debe incluir un tacto rectal para evaluar la gravedad del daño (3).

Antes de evaluar y corregir el trauma genital se le debe explicar a la paciente el plan a seguir, ofrecer analgesia, ubicar en posición de litotomía, tener una buena visión del campo quirúrgico e iluminación.

Hay que considerar que quien debe corregir el desgarro perineal debe ser un profesional capacitado, y si la persona a cargo no se siente segura debe remitir a la paciente.

• Sutura de la mucosa vaginal

Es importante identificar inicialmente el ángulo del desgarro, hacer el punto de anclaje de la sutura ácido poliglicólico 2-0, 1 cm por encima de dicho ángulo, y realizar la sutura continua en donde se englobe la mucosa vaginal y la fascia recto-vaginal desde el ángulo, hasta el anillo himeneal. En caso de sangrado abundante, se pueden realizar puntos cruzados para hemostasia (7).

• Sutura de músculos perineales

Se deben identificar los músculos perineales a ambos lados y suturar de manera continua con ácido poliglicólico 2-0, se sugiere que sea continua la sutura y no en puntos separados porque se ha demostrado que esta última se relaciona con dispareunia. Además, hay que reconocer el músculo bulbocavernoso y afrontar con un punto separado con ácido poliglicólico 2-0. Es importante examinar si hay lesión del músculo elevador del ano; un signo de lesión es que haya solución de continuidad de sus fibras y presencia de grasa entre ellas, de ser visto el daño se deben buscar los cabos sueltos y con ayuda de una pinza de Allis agarrarlos para una mejor exposición y afrontamiento también con puntos separados de la misma sutura.

• Sutura de la piel

Se recomienda afrontar la piel sin tensión para evitar la incidencia de dolor perineal, se puede realizar con sutura continua (subcutánea o intradérmica) o puntos separados, puede ser con ácido poliglicólico 2-0 o catgut cromado 2-0.

• Sutura de esfínter anal externo (EAE)

Para la corrección del EAE se pueden utilizar dos técnicas quirúrgicas:

1. Reparación de extremo a extremo (*end to end*).
2. Reparación de superposición de los extremos (*overlap*).

Es importante tener en cuenta que cuando el EAE es seccionado, los extremos de cada lado tienden a retraerse, por lo que se deben identificar cuidadosamente las bandas de musculatura de morfología circular; una vez encontradas deben ser sujetadas con pinza de Allis, y de no ser posible su hallazgo, se debe diseccionar el tejido con tijeras de Metzenbaum hasta conseguir dichos extremos. Ya identificados los extremos se deben afrontar con una sutura de monofilamento 3-0 o ácido poliglicólico 2-0. Se recomienda la técnica de extremo a extremo para los desgarros grado 3a y 3b, y la técnica de superposición para desgarros grado 3c y 4, puesto que esta última requiere mayor disección y movilización de los extremos seccionados (**Figura 4**) (4).

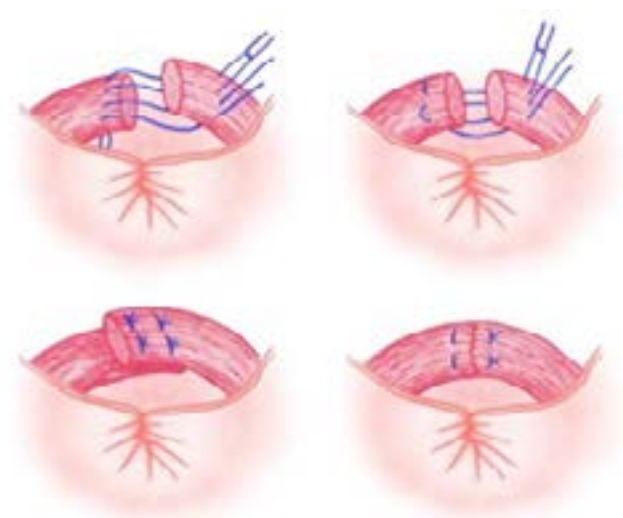


Figura 3. Métodos para reparar el esfínter anal externo: A la izquierda reparación de superposición, a la derecha reparación de extremo a extremo. Tomado de (8).

• **Sutura del esfínter anal interno (EAI)**

Es importante identificar si hay compromiso del EAI porque es el responsable de la continencia rectal en reposo. El EAI

se encuentra entre el EAE y la mucosa rectal; es relevante tener en cuenta para su identificación, que su apariencia es delgada y de color rosa pálido. Una vez identificado el EAI se recomienda afrontarlo con puntos separados con sutura de monofilamento 3-0 o ácido poliglicólico 2-0.

• **Sutura de la mucosa rectal**

La sutura debe realizarse con ácido poliglicólico 3-0 o monofilamento 3-0, idealmente de forma continua y submucosa, sin penetrar toda la mucosa rectal, para evitar formaciones de fístulas recto-vaginales.

Antibióticos

Una recomendación de Cochrane que estudió el uso de terapia antibiótica profiláctica vs. placebo al momento de la corrección del desgarro grado 3 o 4, encontró que las pacientes que recibieron una sola dosis de antibiótico tenían 8,2 % de probabilidad de presentar complicaciones de la herida perineal vs. 24,1 % de las que solo recibieron placebo. Por lo cual se recomienda la administración de antibiótico profiláctico como se ilustra en la **Tabla 2**, ya sea una cefalosporina de segunda generación, clindamicina o penicilina (4).

Esquema sugerido de antibióticos: desgarros 3 o 4		
Desgarro grado 3	Elección	Cefuroxime 500 mg IV DU
	Alergia a penicilina	Gentamicina 240 mg IV DU + Metronidazol 500 mg IV DU.
Desgarro grado 4	Elección	Cefuroxime 250 mg IV cada 12 h + Metronidazol 500 mg cada 8 horas por 7–10 días
	Alergia a penicilina	Gentamicina 240 mg IV al día + Metronidazol 500 mg cada 8 horas por 7–10 días

Tabla 2. Esquemas de antibióticos sugeridos para profilaxis en desgarros perineales grado 3 o 4. DU: dosis única; IV: intravenoso. Construcción propia según referencias del protocolo de Medicina Fetal Barcelona.

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

Cuidados después de la corrección de OASIS

- **Uso de laxante:** Se recomienda la administración de laxante oral, tipo lactulosa, por 3 a 10 días, puesto que se asocia con menor dolor perineal, evacuación intestinal más temprana y disminución de la estancia hospitalaria (1,3,4).
- **Analgésicos:** Se recomienda la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) tipo diclofenaco asociado a acetaminofén durante las primeras 48 horas de la corrección, como primera opción de tratamiento. Se deben evitar los opioides por el riesgo de estreñimiento, y de ser necesario se deben combinar con administración de laxantes.
- **Seguimiento al alta:** Se deben citar a las 6-12 semanas posparto para valoración de síntomas anorrectales y uroginecológicos, realizar examen físico para evaluar tono y capacidad contráctil del esfínter anal. Además, es importante iniciar terapia de piso pélvico guiada por un equipo experto en el tema.

Si la paciente se encuentra asintomática, no requiere más seguimiento ambulatorio, se debe explicar que en caso de reaparición de los síntomas acuda a un nuevo control.

En caso de persistencia de los síntomas 3 meses posteriores al parto se incentivará a continuar con la terapia de piso pélvico, un nuevo examen físico y se citará a los 6 meses posparto.

Si 6 meses posteriores al parto la paciente continua con síntomas de incontinencia anal se debe remitir a un especialista en uro-ginecología o de piso pélvico y se completará el estudio con ecografía endoanal, manometría anorrectal o estudio electrofisiológico para descartar lesión neurológica.

A los 12 meses posparto se citará a la paciente por telemedicina para evaluación de los síntomas y cierre definitivo de la historia (7).

Secuelas a corto y largo plazo

La OASIS tiene un impacto significativo en la calidad de vida de la mujer a corto y largo plazo, porque se asocia con dolor perineal.

Durante las primeras 6 a 8 semanas de la corrección de OASIS, aproximadamente el 25 % de las mujeres presentan dehiscencia de la herida y 20 % infección. Si se presentan estas complicaciones va a haber mayor probabilidad de sufrir dolor perineal agudo o crónico, con lo que resultan mayores tasas de retención urinaria, fecal, disfunciones sexuales o dispareunia.

Adicionalmente, tienen una mayor probabilidad de presentar fístulas perineal-rectal o recto-vaginal a partir de lesiones no identificadas, no reparadas o mal cicatrizadas (1,4).

Embarazo posterior a una corrección OASIS

Todas las mujeres que han sufrido OASIS deben ser asesoradas sobre el tipo de parto en el actual embarazo.

La recomendación es que las pacientes que se encuentran asintomáticas y sin ninguna evidencia de compromiso del esfínter anal pueden tener un parto vaginal.

Se podría considerar una cesárea electiva, si presentó o aún presenta uno de los siguientes:

- Incontinencia fecal.
- Requerimiento de nueva corrección del desgarro.
- Trauma psicológico grave.
- En mujeres asintomáticas con lesión ecográfica extensa del esfínter anal o alteración de la manometría, sobre todo si presentaron incontinencia fecal transitoria tras el parto vaginal.

Es importante dejarle claro a las pacientes que una cesárea electiva representa mayor morbilidad (lesión de órganos adyacentes, hemorragia posparto >1.000 ml, infección de sitio operatorio, trombosis) en comparación con el riesgo de sufrir un nuevo desgarro grado 3 o 4, que es de 5-7 % (3).

Se debe ser consciente que, una vez realizada una cesárea electiva por esta indicación, se convertirá en una recomendación recurrente, y, en consecuencia, agravaría la morbilidad de los embarazos posteriores (1).

¿Cómo prevenir un OASIS?

- Masaje perineal: Antes del parto o durante la segunda etapa del trabajo de parto se ha utilizado para disminuir la resistencia muscular perineal y reducir la probabilidad de desgarros durante el parto; un estudio de 4 ensayos controlados que evaluó el masaje perineal prenatal vs. sin masaje encontró que las mujeres que se realizaron masaje perineal tenían menor riesgo de presentar desgarros perineales que requirieran sutura (riesgo relativo [RR]= 0,91; intervalo de confianza [IC] = 0,86-0,96) y disminución de episiotomía en nulíparas (RR = 0,84; IC = 0,74-0,95) (1).
- Compresas calientes: Un metaanálisis de dos ensayos controlados aleatorizados encontró que ponerles compresas tibias en el periné durante la segunda etapa del trabajo de parto disminuyó el riesgo de presentar desgarro grado 3 y 4 en comparación con las mujeres a las que no se les hizo ninguna intervención (RR = 0,48; IC = 0,28-0,84) (1).
- Protección del periné: Estudios recientes encontraron que se reduce las tasas de OASIS cuando se realiza técnicas de protección del periné, en las cuales se incluye: 1) Con la mano izquierda se conduce la expulsión de la cabeza y controla la velocidad de salida. 2) La mano derecha protege el periné. 3) La madre no debe pujar cuando la cabeza está saliendo (3).

Conclusiones

- Una adecuada vigilancia, estrategias de prevención, protección perineal e identificación de factores de riesgo pueden disminuir el riesgo de presentar un desgarro perineal obstétrico.
- El examen físico perineal y perianal luego del nacimiento del bebé es fundamental para el diagnóstico y el adecuado tratamiento de OASIS.
- La corrección de OASIS la debe realizar un médico capacitado, y si el médico a cargo no se siente seguro debe remitir a la paciente.
- Todas las mujeres que presentaron OASIS deben continuar un seguimiento estricto, acompañamiento y rehabilitación del piso pélvico.

- La gran mayoría de las mujeres después de OASIS son candidatas para tener un parto vaginal posterior.

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery [Internet]. 2018. Available from: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/09/prevention-and-management-of-obstetric-lacerations-at-vaginal-delivery>
2. Abdul H. Sultan RT and DEF. Perineal and Anal Sphincter Trauma. Perineal and Anal Sphincter Trauma. Springer London; 2007.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Third-and Fourth-Degree Perineal Tears Green-top Guideline No. 29. 2015.
4. Pierce M, Ns H, Walter J-E, Chou Q, On L, Diamond P, et al. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. J Obs Gynaecol Can. 2015;37(12).
5. D'Souza JC, Monga A, Tincello DG, Sultan AH, Thakar R, Hillard TC, et al. Maternal outcomes in subsequent delivery after previous obstetric anal sphincter injury (OASI): a multi-centre retrospective cohort study. Int Urogynecol J. 2020 Mar 1;31(3):627–33.
6. Education MF for M. Vaginal tears in childbirth [Internet]. [cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/multimedia/vaginal-tears/sls-20077129?s=5>
7. Maria S, Cuervo V. "EPISIOTOMÍA, EPISIORRAFIA, DESGARROS PERINEALES Y SU REPARACIÓN." 2018.
8. Spinelli A, Laurenti V, Carrano FM, Gonzalez-Díaz E, Borycka-Kiciak K. Diagnosis and treatment of obstetric anal sphincter injuries: New evidence and perspectives. J Clin Med. 2021 Aug 1;10(15).