



**XXXIII** Curso de actualización

# Ginecología y obstetricia **2025**



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

## **OASIS: Lesiones obstétricas del esfínter anal**

**Andrea Carolina Torres**  
Especialista en Ginecología y Obstetricia

### Introducción

Las lesiones obstétricas del esfínter anal (conocido como OASIS) son complicaciones que ocurren durante el parto vaginal de forma espontánea o por extensión de una episiotomía; y corresponden a las lesiones perineales de tercer y cuarto grado, es decir, aquellas que involucran el complejo del esfínter anal (1).

Su importancia radica en la carga de morbilidad y compromiso de la calidad de vida tanto a corto como a largo plazo para las mujeres que sufren estas y no reciben una adecuada atención inicial y seguimiento, por lo cual es de vital importancia su reconocimiento temprano, conocer los estándares de su manejo para mejorar los desenlaces (2,3).

### Anatomía del ano y del recto

Conocer la anatomía del ano, del recto y de los músculos involucrados en el mecanismo de continencia es de vital importancia para el reconocimiento y reparo de estos ante el escenario de su lesión durante el parto y otros procedimientos obstétricos (4–6).

#### Ano

El conducto anal tiene una longitud de 2,5 a 4 cm, su límite superior está dado por el anillo muscular formado por la fusión del músculo puborrectal (parte del músculo elevador del ano) con los esfínteres interno y externo del canal.

Este anillo muscular estrecha la ampolla rectal, y proporciona la presión basal de reposo. Por otra parte, su límite inferior está dado por el reborde anal y porción subcutánea del esfínter anal externo.

#### Componente muscular

Los principales componentes musculares del canal anal son los esfínteres anales internos y externos.

- El esfínter anal interno es la porción terminal engrosada del músculo longitudinal del tracto gastrointestinal. Tiene control autonómico y contribuye al 70 % de la presión del reposo del canal anal por lo cual es fundamental para el mecanismo de continencia. Su daño se asocia con incontinencia para flatus o ensuciamiento pasivo

- El esfínter anal externo es músculo estriado y proporciona la mayor parte de la presión para mantener la continencia anal. Se encuentra inervado por el nervio pudendo y su daño se asocia con incontinencia fecal.

El esfínter anal externo bordea proximalmente al esfínter interno, por lo que los bordes distales de ambos forman un plano palpable conocido como surco inter-esfínteriano que concuerda con el borde anal, y marca el inicio de la porción distal del canal anal.

#### Canal anal

El interior del canal anal se puede dividir en las porciones proximal y distal por una línea irregular formada por las válvulas anales llamada línea dentada (o pectínea). Lo relevante de esta diferenciación es que tienen diferentes orígenes de irrigación arterial, inervación nerviosa y drenaje linfático venoso.

La porción proximal incluye las columnas anales de Morgagni y la unión escamoso-cilíndrica (SCJ) la cual marca la transición entre el epitelio columnar rectal y el epitelio escamoso anal. La posición exacta de la SCJ cambia con el tiempo debido al reemplazo del epitelio cilíndrico por epitelio escamoso en un proceso conocido como metaplasia escamosa. La zona de transformación anal (ZTA) es la zona donde se encuentran y/o han ocurrido todos los aspectos de la metaplasia escamosa.

La porción distal se extiende 5 cm lateralmente desde el borde anal y se caracteriza por la presencia de folículos pilosos y glándulas.

#### Clasificación del trauma perineal obstétrico

Las laceraciones perineales se clasifican según la profundidad de la rotura del tejido, a través de la clasificación de Sultan (**Tabla 1**), esto basado en el *Joint Terminology Report de 2023 de la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) y la Asociación Uroginecológica Internacional (IUGA)*(2,7).

Si existe alguna duda frente al diagnóstico y clasificación, debe solicitarse una segunda opinión de un colega con mayor experiencia en OASIS (1). Adicionalmente, ante un desgarro de tercer grado, donde exista alguna duda sobre el subtipo, la RCOG aconseja clasificarlo como el grado superior en lugar



de grado inferior (8).

## Tabla 1. Clasificación de Sultan

<b>Primer grado</b>	Lesión que afecta sólo piel perineal y mucosa vaginal
<b>Segundo grado</b>	Lesión del periné que afecta músculos perineales, pero no el esfínter anal
<b>Tercer grado</b>	Lesión del periné que afecta el complejo del esfínter anal parcial o totalmente
<b>3A</b>	Menos del 50 % del grosor del esfínter anal externo
<b>3B</b>	Más del 50 % del grosor del esfínter anal externo
<b>3C</b>	Lesión que compromete tanto el esfínter anal externo como el esfínter anal interno
<b>Cuarto grado</b>	Laceración obstétrica más severa con disrupción del cuerpo perineal (músculos bulboesponjosos y transverso perineal), compromiso del esfínter anal externo como el esfínter anal interno e involucra la mucosa anal

## Epidemiología

Existe una gran dificultad para estimar la incidencia de las lesiones obstétricas del esfínter anal debido a la heterogeneidad de los métodos de evaluación utilizados en los estudios (examen clínico, cuestionarios, ultrasonido endo o exoanal o manometría anal) y el subdiagnóstico por lesiones inadvertidas, la gran cantidad de mujeres no consultantes por estigma o vergüenza y la incorrecta clasificación del trauma por el personal médico. Esto contribuye a que la prevalencia varíe en diferentes estudios y en distintos países, entre 0,2 % a 15 % (1).

La tasa de incidencia de OASIS más aceptada se origina de un estudio de Reino Unido en 2014, esta es de 3 %, y es mayor en mujeres primíparas en comparación a mujeres multíparas, concordante con lo encontrado en estudios de otros países como USA, Dinamarca, Finlandia, Suecia y Suiza (9). Respecto al grado de laceraciones perineales, podemos concluir que aquellas que corresponden a OASIS son la menor proporción. Se considera que las laceraciones de cuarto grado corresponden al 0,5 % de las pacientes con laceraciones, mientras que las de tercer grado corresponden al 3 % (2).

Sin embargo, cuando se realiza la revisión de la literatura, aparece el concepto de lesiones ocultas del esfínter anal, donde estos desgarros pasan inadvertidos en el diagnóstico y por ende en su corrección y seguimiento. En un estudio encontraron que la incidencia de OASIS aumentó significativamente de un 11 % a un 24,5 % cuando las mujeres eran reexaminadas por un experto (10). Adicionalmente, conocemos que hasta el 10 % de OASIS son subclasificados durante el parto. Esto nos indica que OASIS puede ser más frecuente y tener una mayor incidencia a lo previamente descrito en los estudios poblacionales.

Por otra parte, es importante conocer la incidencia de la complicación más frecuente a largo plazo que es la incontinencia anal. Esta ocurre en 4 de 10 mujeres con OASIS a pesar de la corrección quirúrgica. Existen dos factores importantes para el desarrollo de esta complicación, en primer lugar, el grado del desgarro, ya que el reporte de incidencia de incontinencia anal aumenta con un mayor grado siendo de 22,4 % para desgarros grado 3A; 24,9 % para el grado 3B; 26,8 % para el grado 3c y de 32,4 % para desgarros grado IV (11). Otro factor importante es el diagnóstico adecuado, ya que se ha encontrado los OASIS con un inadecuado diagnóstico se asocian a peores desenlaces en comparación

con lesiones adecuadamente diagnosticadas y corregidas en el momento del parto.

### Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo asociados a OASIS, los

obstétricos son los más importantes, estos se pueden dividir en factores de riesgo antenatales e intraparto como se resume en la **Tabla 2** (1,12,13). Su importancia radica en que la mayoría pueden ser puntos de posible prevención (2).

**Tabla 2. Factores de riesgo asociados a OASIS**

Factores de riesgo antenatales	Factores de riesgo intraparto
Peso al nacer mayor a 4.000 gr (OR = 2,07-6,02)	Analgesia epidural (OR = 1,21)
Posición occipitoposterior y occipitotransversa persistente (OR = 2,73)	Segunda etapa del trabajo de parto mayor a una hora <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;1HR (OR = 1,42)</li> <li>- &gt;3 HR (OR = 1,4 -1,9)</li> </ul>
Nuliparidad (OR = 1,59)	Parto instrumentado <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de vacumm (OR = 2,6)</li> <li>- Uso de forceps (OR = 3,15)</li> <li>- Uso de fórceps y vacumm (OR = 3,38)</li> </ul>
Inducción del parto (OR = 1,05)	Episiotomía medial (OR = 2,88)
Parto vaginal tras cesárea	Episiotomía mediolateral (OR = 1,55)
Edad materna <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;27 años (OR = 1,9)</li> <li>- &gt;35 años (OR = 1,1)</li> </ul>	

### Prevención

Se han planteado diversas estrategias que buscan reducir la incidencia de lesiones obstétricas del esfínter anal, se detallan a continuación (13).

### Medidas anteparto

- Masaje perineal:** se ha descrito su realización antenatalmente a partir de la semana 35 y durante la segunda etapa del parto (2). Su fundamento es el aumento de la elasticidad de las fibras musculares lo que permite su estiramiento durante el parto. En estos se realizan por parte del personal médico al introducir dos dedos con mano

enguantada en la vagina de la paciente, y aplicar una presión suave hacia abajo (hacia el recto) con movimientos laterales contantes que duran un segundo hacia cada dirección (14). También se ha descrito con ambos pulgares y una presión suave hacia abajo en forma de U (13). Su evidencia ha encontrado disminución de la laceración perineal pero no del esfínter anal (15). En una revisión de Cochrane (16), encontraron reducción de la tasa de laceraciones que requerían sutura en nulíparas con un número necesario a tratar de 15, sin embargo, en este estudio no encontraron diferencias en la incidencia de los diferentes grados de lesión incluidas III y IV por lo que a la luz de la evidencia existente los masajes perineales no logran la prevención de las lesiones obstétricas del esfínter anal.



- **Entrenamiento en los músculos del piso pélvico:** Se ha encontrado en un metaanálisis de estudios aleatorizados, que mujeres con continencia que recibieron entrenamiento en los músculos del piso pélvico tuvieron reducción en un 30 % del reporte de incontinencia urinaria en los 6 meses posparto con un RR = 0,71 (IC = 0,54-0,95) comparado con las mujeres en comparación que no fueron aleatorizadas a este tratamiento (15).

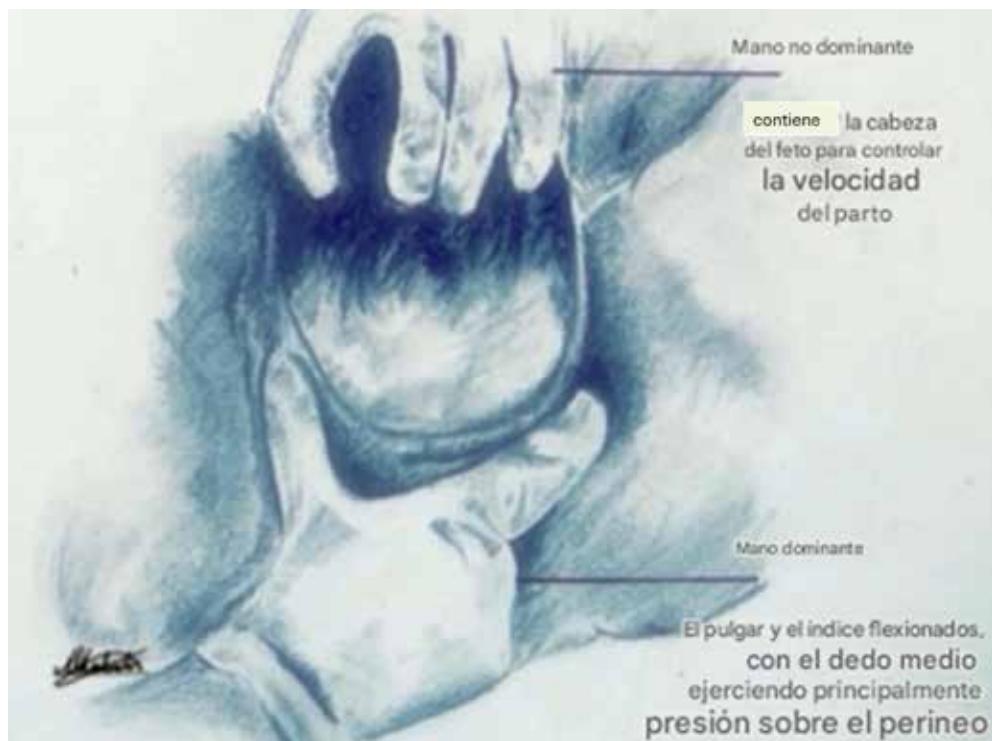
## Medidas intraparto

- **Compresas calientes:** esta es una de las medidas como mayor evidencia en la reducción de lesiones de OASIS. Se ha encontrado una disminución significativa con un RR = 0,48 (IC = 0,28-0,84), con la aplicación de compresas caliente en el perineo durante la segunda etapa del trabajo de parto. En otros estudios también se ha asociado a disminución de incidencia de incontinencia urinaria (15).

- **Posición materna:** no hay evidencia que favorezca

claramente una posición materna sobre otra, esto principalmente porque no han realizado estudios aleatorizados, sin embargo, en estudios observacionales donde han comparado diferentes posiciones maternas en el parto vaginal espontáneo encontraron que las tasas de OASIS fueron más altas en posición de litotomía y más bajas en bipedestación (15).

- **Técnica de asistencia del parto y manejo perineal:** algunas maniobras como el control de la velocidad de expulsión de la cabeza fetal, la instrucción de no pujar tras la expulsión de la cabeza fetal y la protección del perineo reducirían la incidencia de OASIS (**Figura 1**). Según un metaanálisis de estudios de cohorte, el soporte del perineo junto con la reducción de la velocidad de expulsión de la cabeza fetal reduce las lesiones obstétricas del esfínter anal, esto no se ha demostrado en ensayos clínicos aleatorizados (2,17), sin embargo, hay modelos biomecánicos que lo soportan ya que encuentran que reduce la tensión en el perineo hasta en un 40 % (18).



**Figura 1. Maniobra de protección del perineo.**

Adaptada de: *The prevention of perineal trauma during vaginal birth* (13)

- **Técnica de parto instrumentado:** es posible que diferentes medidas durante el parto instrumentado como la selección de ventosa en lugar de un fórceps; la extracción temprana de los fórceps (después de asegurar el parto, pero antes de que se expulse el diámetro más grande de la cabeza); la rotación del feto de occipucio posterior para una posición occipital anterior; realización de una episiotomía medio lateral en lugar de una en línea media (si se considera necesaria); y los esfuerzos expulsivos maternos mínimos en el momento de la expulsión; ayuden a reducir la incidencia de OASIS.

- **Episiotomía:** la técnica de la episiotomía tiene un papel importante en la incidencia de OASIS, y es menor en las episiotomías medio laterales en comparación con las mediales, por lo que esta **debe ser** la técnica de elección. Lo anterior también aplica en el contexto de parto instrumentado, ya que se ha encontrado que la episiotomía o medio laterales puede reducir el riesgo de OASIS en instrumentación con vacuum entre 25-90 % (19).

Las episiotomías medio laterales son realizadas en un ángulo lateral de 60° desde la línea media de la horquilla posterior, mientras que las episiotomías mediales se realizan a través del tendón central del cuerpo perineal. Sin embargo, es importante recalcar que las episiotomías tienen riesgos potenciales como la pérdida de sangre, el dolor perineal, dispareunia y la disfunción del piso pélvico por lo cual la recomendación actual apoyada por la FIGO es su restricción para casos seleccionados en lugar de la episiotomía rutinaria, esto también apoyado en la evidencia que tiene la restricción en disminución del trauma perineal severo (13,15).

- **Cesárea:** el parto es uno de los factores de riesgo más importantes para las disfunciones de piso pélvico (incontinencia urinaria, incontinencia fecal, prolapse de órganos pélvicos), por lo cual se ha propuesto la realización de cesárea para la reducción de su incidencia. Sin embargo, se debe tener en cuenta que no todas las mujeres que tienen un parto vaginal van a tener algún tipo de trastorno del piso pélvico, por lo que la prevención primaria con cesárea aumentaría las tasas de esta y de sus complicaciones de manera innecesaria; y por otra parte existen otros factores asociados a la aparición de estos trastornos que no pueden ser prevenidos con la realización de cesárea (19). Además, el parto por cesárea no se ha asociado con una disminución de las tasas de incontinencia fecal a largo plazo y, por lo

tanto, no se recomienda de forma rutinaria para reducir las complicaciones de las lesiones obstétricas.

### Presentación y evaluación clínica

La presentación clínica de las lesiones obstétricas depende principalmente entre el tiempo entre el momento de la lesión y el diagnóstico. Esto ha determinado subtipos (OASIS inmediato, OASIS posparto y OASIS oculto o retrasado) que no se encuentran universalmente aceptados. A continuación, nos enfocaremos en la presentación clínica y manejo del OASIS inmediato.

### OASIS inmediato

Es la laceración perineal obvia después del parto vaginal. Es importante reconocer que todas las mujeres están en riesgo de OASIS, por lo cual, para su diagnóstico, se debe examinar el periné de todas las mujeres tras un parto vaginal en busca de evidencia de rotura del complejo del esfínter anal (1).

### Exploración clínica

Se debe hacer especial énfasis en esta búsqueda sistemática, ya que la mayoría de los desgarros perineales se encuentran infradiagnosticados (1,3). Incluso ante un periné intacto, es importante la inspección para detectar perforaciones recto-vaginales obstétricas también conocidas como en ojal o *button hole* (aquellas que comprometen el epitelio vaginal y la mucosa anal sin compromiso de los esfínteres anales), por esto es de vital importancia que el examen sistemático siempre incluya la maniobra de *pill-rolling* o el tacto rectal, ya que es la única manera de realizar el diagnóstico de este tipo de lesiones (7).

Esta exploración en el posparto inmediato debe ser realizada con la paciente en posición de litotomía, con adecuada iluminación y exposición, con asepsia y analgesia durante el procedimiento. Además, se debe obtener el consentimiento informado para el examen recto-vaginal (2).

Se debería combinar inspección visual con palpación, como se describe a continuación.

- **Inspección:** la visualización completa y sistemática de periné; genitales externos y epitelio vulvar; epitelio vaginal con identificación del vértice del desgarro si existe;

# Ginecología y obstetricia

2025



identificación de los músculos bulbocavernoso y transverso perineal ante un periné roto; identificación del esfínter anal externo (de color rojo oscuro) y esfínter anal interno (delgada capa blanca y delgada de 3 a 5 mm sobre mucosa anal) y la mucosa rectal.

## • Palpación

o Este punto del examen se enfoca principalmente en la evaluación de la integridad del esfínter anal. Consiste en la introducción del pulpejo del dedo índice de la mano dominante en el canal anal, se realiza palpación unidigital de la masa del esfínter entre el recto y el pulgar ipsilateral que se coloca sobre el periné. Mediante esta maniobra conocida como *pill-rolling*, se busca objetivar la solución de continuidad entre las fibras y la presencia de grasa entre ella (1,2). El esfínter anal externo se podrá palpar entre las 3 y las 9 del reloj, con una longitud craneocaudal de aproximadamente 3 cm y contracción simétrica si se encuentra íntegro; si se desgarra, los extremos se retraen dentro de su vaina capsular y a menudo se palpa una cavidad a lo largo de la parte anterior músculo del esfínter (7).

o La realización del examen rectal digital ha sido un punto de controversia a lo largo de los años, ya que algunos autores consideraban que puede tener como consecuencia angustia en las puérperas, especialmente en aquellas con antecedente de agresión sexual, lo cual puede no encontrarse documentado. Sin embargo, la recomendación actual apoyada por diferentes guías y sociedades es su **realización sistemática** ya que es la única herramienta para diagnóstico temprano de OASIS oculta o con periné intacto (1,7).

## Manejo

Su tratamiento es la reparación quirúrgica inmediata con el fin de restaurar la continuidad de los esfínteres anales que se encuentren comprometidos, al realizar una reconstrucción de un cilindro muscular de al menos 2-3 cm de largo (2). En ocasiones puede que los recursos para su reparación inmediata como servicios de anestesia, quirófanos o de personal capacitado, no se encuentren disponibles; ante esta situación se puede retrasar su reparación hasta 12 horas sin efectos negativos (1), en un ECA no se encontraron diferencias en la incontinencia anal o síntomas del piso pélvico entre los

grupos (reparación inmediata vs reparación 8 a 12 horas después) a un año de seguimiento (20).

## Preparación

Antes de iniciar la corrección del desgarro se deben asegurar las mejores condiciones para el equipo médico y la paciente. Esto incluye (1,7,8,14):

### 1. Transferencia a salas de cirugía

a. Se debe transferir a la paciente a salas de cirugía cuando se identificó una laceración III o IV. Esto asegura una óptima exposición e iluminación, un apropiado equipo y condiciones asépticas.

### 2. Anestesia

a. Debemos asegurar la comodidad de la paciente y si es necesario se debe brindar anestesia, la cual puede ser local, regional o general, esto con el fin de asegurar analgesia y relajación muscular. La guía del RCOG de 2015 sugiere que esta debería ser anestesia epidural o general para la evaluación y corrección adecuada (8), sin embargo, esta puede ser bajo anestesia local si se logra una adecuada relajación muscular.

### 3. Profilaxis antibiótica

a. Se recomienda tratar los desgarros grado III y IV como lesiones contaminadas por lo que se deberían administrar profilaxis antibiótica (7,14).

i. Cefalosporina de segunda generación cefotetan o cefoxitin.

ii. Cefazolina 3gr IV + Metronidazol 500 mg IV.

iii. Alergia a penicilina:

1. Clindamicina 900 mg dosis única

2. Tigeciclina 100 mg IV + Metronidazol 500 mg IV.

### 4. Instrumental quirúrgico (2)

a. Se deben asegurar los instrumentos y materiales

requeridos:

- i. 2 pinzas de allis.
- ii. Separador(es) deaver para adecuada visualización.
- iii. Hemostáticos o pinzas mosquitos.
- iv. Tijeras de metzenbaum y de mayo.
- v. Porta agujas corto.
- vi. Guantes estériles.
- vii. Suturas requeridas según el grado de la lesión.
- viii. Suero fisiológico o antiséptico.

### Técnica de reparación de las lesiones obstétricas del esfínter anal: cómo y con qué

La reparación óptima de OASIS consiste en un cierre multicapa, para lo cual se debe identificar cada uno de los planos y elegir el material y técnica adecuada para cada uno. La diferencia entre la corrección de desgarro grado III y IV, es que en este último se debe corregir la disrupción de la mucosa anal como primer paso y continuar con la misma técnica utilizada para el desgarro grado III.

A continuación, se describen a detalle la técnica y material para corrección por cada plano (1,2,7,8,14).

#### 1. Mucosa anal

a. Debido a su infrecuencia y riesgo debe ser realizado por médicos capacitados y experimentados en lesiones obstétricas.

b. **Material:** La mucosa rectal se debe reparar con una sutura absorbible 3-0 ó 4-0 con aguja no cortante (aguja SH).

c. **Técnica:** Se realiza un punto de anclaje con el nudo dentro del recto por encima del vértice de la lesión, y se continúa con sutura continua hasta 0,5 cm del reborde anal. Se debe realizar una sutura continua preferiblemente ya que

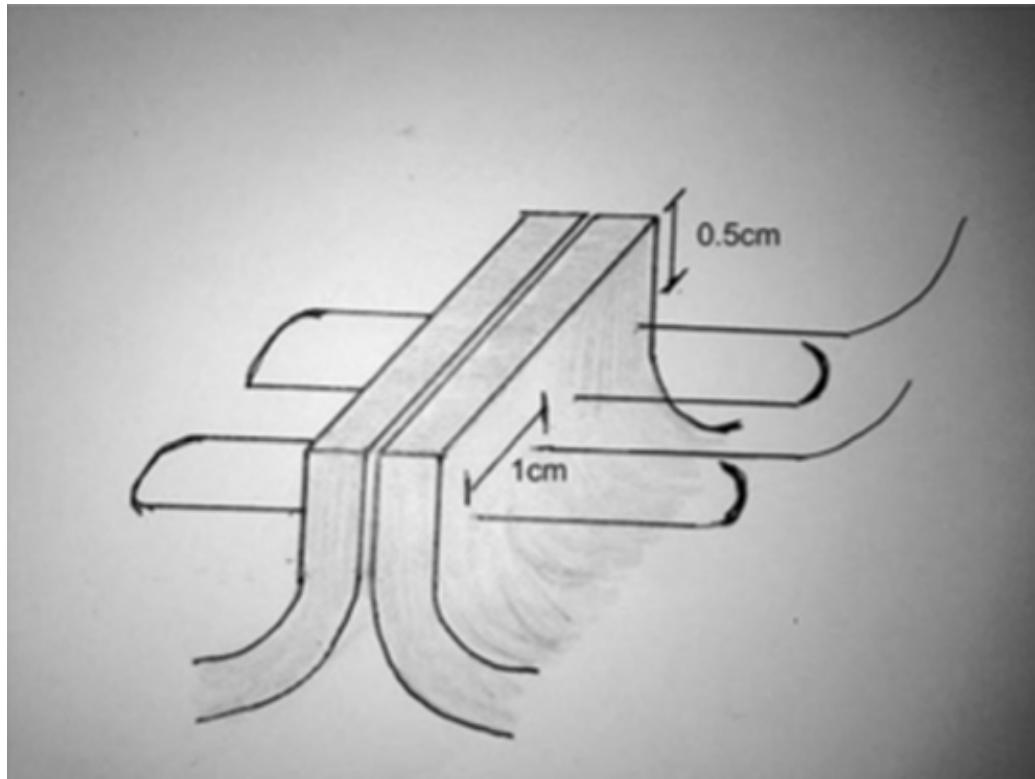
las suturas interrumpidas dan mayor cantidad de sensación de cuerpo extraño por los múltiples nudos.

#### 2. Esfínter anal interno

a. Debe identificarse correctamente y repararse como una capa separada. Generalmente se retrae superior y lateralmente, se ve como un tejido brillante, rosa pálido y engrosado justo por encima de la mucosa anal.

b. **Material:** sutura absorbible sintética 3-0 monofilamento (polidioxanona) o multifilamento (poligactina) con aguja no cortante (aguja SH).

c. **Técnica:** *end to end sutura* continua o interrumpida, sin embargo, la guía conjunta de (ICS)/(IUGA) recomienda puntos de colchonero horizontales interrumpidos como se muestra en la **Figura 2**.



**Figura 2. Técnica de corrección del esfínter anal interno.**

Adaptada de: *An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders* (7)

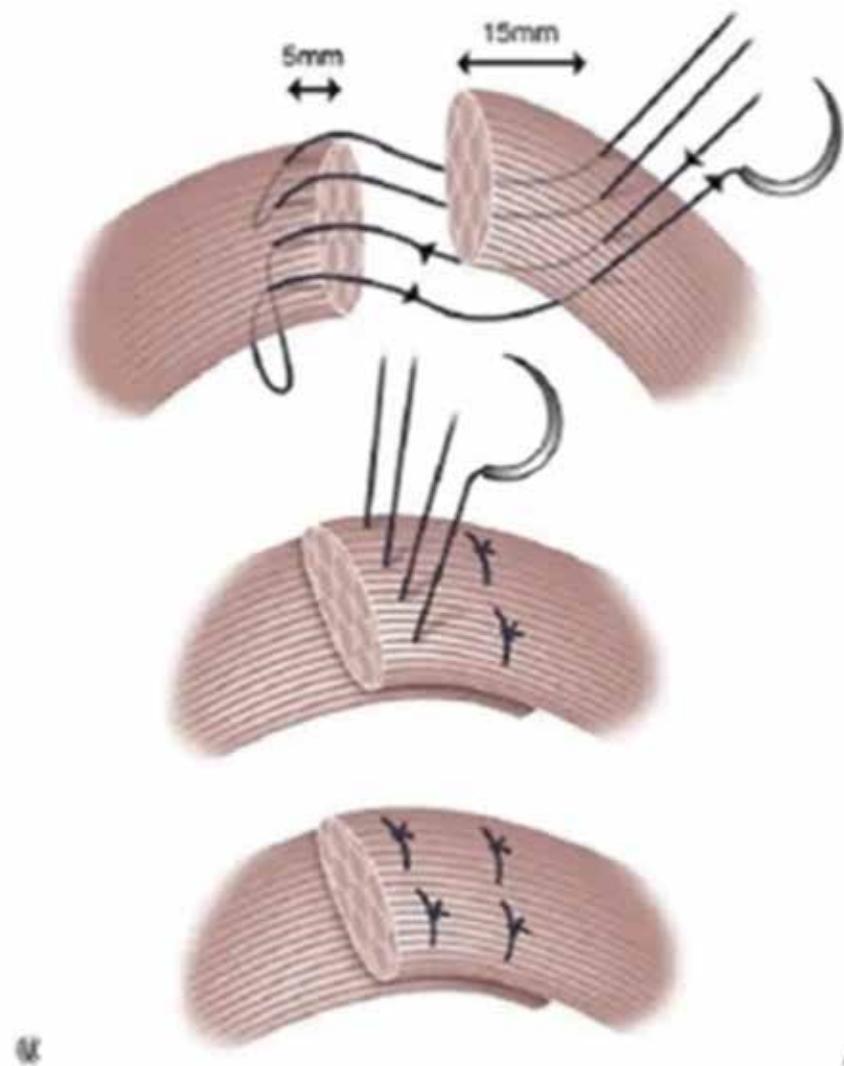
3. Esfínter anal externo

a. Se debe identificar y reparar los dos extremos del músculo del esfínter anal externo con pinzas de allis ya que estos se retraen con la ruptura.

b. **Material:** sutura absorbible sintética 3-0 monofilamento (polidioxanona) o multifilamento (poliglactina) PDS 3.0.

c. **Técnica:** La reparación consiste en una plicatura del esfínter anal externo y la cápsula rotas mediante cuatro a cinco suturas. El tipo de técnica depende de si la ruptura fue parcial o total, en el primer escenario sólo se puede utilizar técnica *end to end* mientras que en caso de desgarro completo se puede utilizar tanto técnica *end to end* como *overlapping*.

i. **Técnica extremo a extremo (*end to end*):** se realizan puntos simples incluida la cápsula para corrección desde cefálico a caudal. Se realiza una sutura colchonero horizontal, iniciado a 5 mm del borde del desgarro de un extremo, incluido todo el espesor del esfínter de anterior a posterior; se realiza el punto del lado contralateral de posterior a anterior en el otro extremo, y se regresa para anudar en el extremo inicial (**Figura 3**). Puede ser necesario la disección y movilización del esfínter con tijeras metzenbaum. Esta reparación se puede realizar con puntos en ocho, sin embargo, la guía británica no lo recomienda por el riesgo teórico de isquemia del tejido (8).



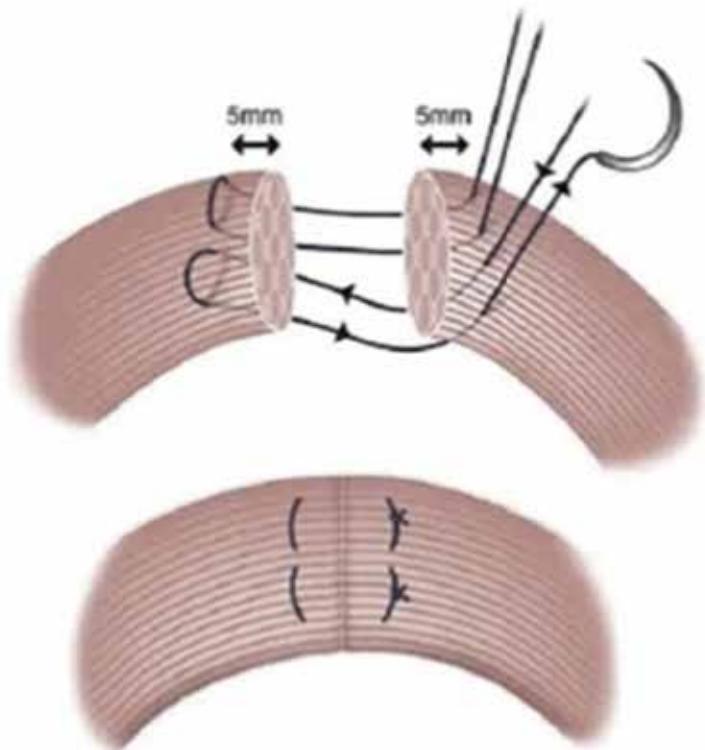
**Figura 3. Técnica de corrección end to end del esfínter anal externo**

Adaptada de: *An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders (7)*.



ii. **Técnica superpuesta (overlap):** En la técnica de superposición, los extremos libres del músculo se superponen y se unen mediante suturas de colchonero. En esta técnica es necesario mayor disección y movilización del esfínter usando tijeras metzenbaum para asegurar mayor longitud de músculo expuesto para

la superposición. A diferencia de la técnica *end to end*, el primer punto se inicia al lado derecho a 15mm del borde del desgarro, mientras que en el extremo izquierdo se conserva el margen de 5 mm para la realización del punto lo que permite que los extremos se sobrepongan (**Figura 4**).



**Figura 4. Técnica de corrección overlapping del esfínter anal externo**

Adaptada de: *An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders* (7).

Respecto a la superioridad de una técnica sobre otra, se prefiere realizar la técnica *end to end* si el desgarro fue parcial, sin embargo, frente a desgarros completos no se ha demostrado diferencias. En un metaanálisis de 2013 de Cochcrane donde se evaluaron cinco ensayos que compararon las dos técnicas, no se encontró diferencias significativas entre las dos en los diferentes desenlaces (dolor perineal, dispareunia, calidad de vida), salvo un menor riesgo en síntomas de incontinencia anal en la técnica overlap a los 12 meses, sin embargo, este efecto desaparecía a los 24 y 36 meses.

No obstante, en Colombia, el grupo de OASIS de la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia (FECOLSOG) en busca de la estandarización de los métodos recomienda que la técnica *end to end* se realice para corrección del esfínter anal interno y la técnica overlap para el esfínter anal externo.

4. Tabique recto vaginal distal y el cuerpo perineal.

a. Una vez completada la reparación del esfínter, la siguiente tarea es reconstruir tabique recto vaginal distal y el cuerpo

perineal con el fin de mantener la distancia espacial adecuada entre ano y vagina, prevenir la erosión de las suturas subyacentes y aliviar la tensión de la reparación del esfínter (1,14).

b. **Material:** sutura absorbible sintética de poliglactina 2-0 con aguja de corte (CT1).

c. **Técnica:** se realiza corrección con la técnica para los desgarros perineales grado II. Se debe identificar el vértice de la laceración vaginal y los músculos bulboesponjoso y perineal transverso, posteriormente se procede a realizar la reparación por planos:

i. Reparación de mucosa vaginal: se coloca un punto de anclaje un 1 cm por encima del vértice de la laceración vaginal y se procede a realizar sutura continua para cerrar mucosa vaginal y fascia subyacente hasta el anillo himeneal.

ii. Reparación de músculos perineales: los extremos de los músculos previamente identificados se reaproximan con sutura continua (primero bulboesponjoso y luego transverso). Se puede usar pinzas de allis para estirar los músculos retraídos.

iii. Reparación de fascia recto vaginal: se realiza sutura continua en fascia subcutánea que termine en el anillo himeneal. El nudo se realiza en la mucosa vaginal por encima del himen.

Al finalizar la corrección, se debe realizaran examen recto vaginal para confirmar la adecuada reparación y excluir la colocación de suturas inadvertidas en el recto, las cuales de identificarse deben ser removidas por el riesgo de fistula.

## Sutura

Como regla general, no se recomienda el uso de sutura naturales (ej. Catgut) ya que causan mayor dolor y tienen una pérdida de tensión más rápida. Respecto al uso de sutura monofilamento vs. multifilamento, algunas guías prefieren el uso de la sutura monofilamento por el menor riesgo teórico de dolor, dehiscencia e infección, sin embargo, no existe evidencia que apoye una frente a otra, por lo que es común el uso tanto de poliglactina (vicryl) como de polidioxanona (PDS) (1,2). A continuación, se resume en la **Tabla 3** los diferentes

materiales y técnicas recomendadas por cada una de las guías de práctica clínica de OASIS. Es importante recalcar que uno de los puntos más importantes es la estandarización de los métodos, por lo cual el grupo de OASIS de FECOLSOG ha estandarizado la selección de la sutura y técnica como se encuentra en la **Tabla 3** en color amarillo (recomendamos unirse a estas).



**Tabla 3. Materiales y técnica para corrección de OASIS según diferentes guías**

Corrección	ACOG	RCOG	Guía canadiense	(ICS)/ (IUGA)	FECOLSOG
Mucosa anal	Poliglactina (Vicryl) o catgut cromado 3-0 o 4-0	Poliglactina 3-0 (Vicryl)  Técnica: en sutura interrumpidas o continua.	Poliglactina (vicryl) 3-0 en puntos separados  Ó  Polidioxanona (PDS) 3-0 en sutura continua	Poliglactina (vicryl) 3-0  Técnica: suturas interrumpidas con nudos atados en el lumen anal	Poliglactina (vicryl) 3-0  Técnica: sutura continua
Fascia perianal y esfínter anal interno	Poliglactina (Vicryl) 3-0  Ó  Polidioxanona (PDS) 3-0  Técnica: Sutura continua o interrumpidas	Polidioxanona (PDS) 3-0  Ó  Poliglactina (Vicryl) 2-0  Técnica: Sutura continua o interrumpida sin hacer sobrelapamiento	Polidioxanona (PDS) 3-0  Ó  Poliglactina (Vicryl) 2-0	Polidioxanona (PDS) 3-0  Ó  Poliglactina (Vicryl) 2-0  Técnica: Puntos de colchonero horizontales separados	Polidioxanona (PDS) 3-0  Técnica: End to end

Continua en la siguiente página.

**Tabla 3. Materiales y técnica para corrección de OASIS según diferentes guías**  
(Continuación)

Esfínter anal externo	Polidioxanona (PDS) 3-0 Ó Poliglactina (vicryl) 2-0 o 3-0	Polidioxanona (PDS) 3-0 Ó Poliglactina (vicryl) 2-0	Polidioxanona (PDS) 2-0 ó 3-0 Ó Poliglactina (vicryl) 2-0	Polidioxanona (PDS) 3-0 Ó Poliglactina (vicryl) 2-0 o 3-0	Polidioxanona (PDS) 3-0 Técnica: Overlap
-----------------------	---	---	---	---	--

## Manejo posparto

Los primeros días tras el parto se deben aplicar diferentes medidas para reducir el dolor, prevenir la constipación, prevenir la infección de la herida y disminuir la tensión de la lesión reparada:

- Antibióticos profilácticos

o Algunas guías como (ICS)/ (IUGA) y Clinic Barcelona, sugieren continuar pauta antibiótica por 5 o 7 días adicionales mientras que otras como la guía de la ACOG y la guía canadiense no realizan recomendación de antibioticoterapia adicional a la dosis profiláctica inicial.

o La Clinic Barcelona recomienda los siguientes regímenes:

- Amoxicilina + ac. clavulánico 875/125 mg cada 8 horas vía oral.

- Ciprofloxacino 750 mg cada 12 horas + Metronidazol 500 mg cada 8 horas por vía oral en caso de alergia a penicilina.

- Prevenir constipación con laxantes:

o El uso de laxantes como lactulosa han mostrado movimientos intestinales más temprano y menor dolor. Se puede titular cada 12 - 24 horas.

- Aplicación de frío local en periné:

o Aplicación de frío con gasas sin contacto directo con la piel por 10-20 minutos cada 12 horas durante las primeras 24 a 72 horas posparto.

- Analgesia con acetaminofén o AINES:

o Se considera que el uso conjunto de estos es suficiente. Se sugiere evitar el uso de opioides por mayor riesgo constipación, además la necesidad de escalonamiento de la analgesia debe sugerir algún tipo de complicación (1,2). Si se requiere opioides debe usarse en conjunto con laxantes. No se sugiere anestésicos tópicos y supositorios rectales por riesgo de disruptión de la reparación.

- Sonda vesical:

o Las mujeres con laceraciones perineales pueden cursar con disfunción miccional que se manifiesta con retención urinaria. La fisiopatología está relacionada con malestar perineal, edema perineal o uretral (1).

o Se recomienda el uso de sonda vesical en las primeras 12-24 horas para evitar la lesión irreversible del músculo detrusor por distensión (7).



## Seguimiento

Ecografía transvaginal, transanal o transperineal

En las pacientes que se haya reconocido trauma obstétrico, es importante la valoración de la integridad del esfínter anal durante el periodo posparto. Lo anterior se realiza puede realizar mediante diversas técnicas de imagen (7):

- **Ecografía transanal:** se considera la prueba de referencia para la valoración del esfínter anal. Tiene como ventaja de ofrecer la visualización de este en 360°, sin embargo, suele ser incómodo para las pacientes y requerir de un transductor especial.
- **Ecografía transvaginal:** tiene como principal desventaja que puede comprimir los tejidos durante la evaluación de manera inadvertida y provocar con esto distorsión de las estructuras anatómicas.
- **Ecografía transperineal o translabial:** es una técnica que no distorsiona las estructuras y es cómodo para las pacientes.

## Terapia física y de entrenamiento del piso pélvico

Las pacientes que tuvieron OASIS deben recibir rehabilitación del piso pélvico sin importar si presentan o no síntomas. Existen diferentes recomendaciones sobre el momento ideal sobre el momento en que se debería iniciar esta, pero la mayoría apoya su realización durante el periodo posparto (21), sin embargo, se ha encontrado mejores de desenlaces de incontinencia para flatos y heces líquidas si se hay un inicio temprano (en las primeras cuatro semanas posparto) (22). También se ha encontrado beneficio en la realización de la terapia por lo menos una vez a la semana, por 6 a 8 meses. Esta terapia debe ser realizada por fisioterapeutas con entrenamiento especializado. Si la paciente presenta incontinencia anal, adicionalmente se beneficiará de técnicas de supresión de urgencia fecal (23).

## Recurrencia

Existe un riesgo de recurrencia importante en pacientes con antecedente de OASIS en un futuro parto vaginal que es de 3 a 5 % mayor que en mujeres sin el antecedente (24). Otros

estudios encuentran que en pacientes con el antecedente se presentó recurrencia en un 6,3 % (25).

Adicionalmente, las pacientes que tienen recurrencia de OASIS tienen mayor riesgo de incontinencia de flatos y fecal a largo plazo con un OR = 1,68 (1,05-2,70) y mayor afectación de la calidad de vida en comparación con mujeres con antecedente de OASIS sin recurrencia (34,9 % vs. 24,2 %) (26). Esto puede darse por varios mecanismos, no sólo por el daño directo sobre el esfínter, sino por un componente neuropático del nervio pudendo desencadenado por el parto vaginal instrumentado con fórceps, por la compresión persistente de la cabeza fetal sobre el nervio, macrosomía fetal o por pujos prolongados durante la segunda etapa del parto.

## Conclusiones

Las lesiones obstétricas del esfínter anal son complicaciones que ocurren durante el parto vaginal. El riesgo general de presentar OASIS es de 6 % aproximadamente. Dentro de sus factores de riesgo más importantes se encuentran factores obstétricos como el parto instrumentado, la episiotomía, la segunda fase de trabajo de parto prolongada, entre otras, por lo cual se debe evaluar adecuadamente la pertinencia de las intervenciones durante el parto, realizar técnicas con menor incidencia como la episiotomía medio lateral y algunas técnicas durante el trabajo de parto para prevenir su ocurrencia, ya que tiene importantes repercusiones clínicas en las mujeres a corto y largo plazo principalmente la continencia fecal.

## Bibliografía

1. Globerman D, Ramirez AC, Larouche M, Pascali D, Dufour S, Giroux M. Guideline No. 457: Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS) Part I: Prevention, Recognition, and Immediate Management. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. el 1 de diciembre de 2024;
2. Arnold MJ, Sadler K, Lacerations O. Obstetric Lacerations: Prevention and Repair [Internet]. Vol. 103. 2021. Disponible en: [www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician745](http://www.aafp.org/afpAmericanFamilyPhysician745)
3. Hickman LC, Propst K. Accurate diagnosis and repair of obstetric anal sphincter injuries: why and how. Am J Obstet Gynecol. el 1 de junio de 2020;222(6):580.e1-580.e5.

- 4.** Fatton B, Cayrac M, Letouzey V, Masia F, Mousty E, Marès P, et al. Anatomía funcional del piso pélvico. EMC - Ginecología-Obstetricia. marzo de 2015;51(1):1–20.
- 5.** Matthew D. Barber, Mark D. Walters. Anatomía del tracto urinario Inferior, piso pélvico y el recto. En: Uroginecología y cirugía pélvica reconstructiva. Quinta edición. 2022. p. 11–2.
- 6.** Carolyn W. Swenson MW group: RSKDMMKGMMsas, Routzong MR, Group W, Dama-ser MS, De Vita R, Guler Z, et al. Chapter 1: Pelvic Floor Structural Anatomy and the Mechanism of Disease: State of the Science and Future Directions. En: PELVIC FLOOR: FOUNDATIONAL SCIENCE AND MECHANISTIC INSIGHTS FOR A SHARED DISEASE MODEL. 2022.
- 7.** Doumouchtsis SK, de Tayrac R, Lee J, Daly O, Melendez-Munoz J, Lindo FM, et al. An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. Int Urogynecol J. el 1 de enero de 2023;34(1):1–42.
- 8.** The Management of Third-and Fourth-Degree Perineal Tears Green-top Guideline No. 29. 2015.
- 9.** Thiagamoorthy G, Johnson A, Thakar R, Sultan AH. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. Int Urogynecol J. el 18 de noviembre de 2014;25(12):1621–7.
- 10.** Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Occult anal sphincter injuries - Myth or reality? BJOG. febrero de 2006;113(2):195–200.
- 11.** Okeahialam NA, Taithongchai A, Thakar R, Sultan AH. The incidence of anal incontinence following obstetric anal sphincter injury graded using the Sultan classification: a network meta-analysis. Vol. 228, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Elsevier Inc.; 2023. p. 675–688. e13.
- 12.** Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. Vol. 247, European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. Elsevier Ireland Ltd; 2020. p. 94–100.
- 13.** Okeahialam NA, Sultan AH, Thakar R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. Vol. 230, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Elsevier Inc.; 2024. p. S991–1004.
- 14.** Medicina Maternofetal P. PROTOCOLO: LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO DISFUNCIONES DE SUELO PÉLVICO Y LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento [Internet]. Disponible en: [www.medicinafetalbarcelona.org1](http://www.medicinafetalbarcelona.org1)
- 15.** Bazi T, Takahashi S, Ismail S, Bø K, Ruiz-Zapata AM, Duckett J, et al. Prevention of pelvic floor disorders: international urogynecological association research and development committee opinion. Int Urogynecol J. el 1 de diciembre de 2016;27(12):1785–95.
- 16.** Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Vol. 2013, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2013.
- 17.** Øian P, Acharya G. Manual perineal support: Learn the skills before you intervene. Vol. 122, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2015. p. 1166.
- 18.** Jansova M, Kalis V, Rusavy Z, Zemčík R, Lobovsky L, Laine K. Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. Int Urogynecol J. el 1 de enero de 2014;25(1):65–71.
- 19.** Brismar Wendel S, Liu C, Stephansson O. The association between episiotomy or OASIS at vacuum extraction in nulliparous women and subsequent prelabor cesarean delivery: A nationwide observational study. Acta Obstet Gynecol Scand. el 1 de marzo de 2023;102(3):378–88.

# Ginecología y obstetricia

2025



**20.** Nordenstam J, Mellgren A, Altman D, López A, Johansson C, Anzén B, et al. Immediate or delayed repair of obstetric anal sphincter tears - A randomised controlled trial. *BJOG*. junio de 2008;115(7):857–65.

**21.** Lallemand M, Ferdinando Ruffolo A, Kerbage Y, Garadebian C, Ghesquiere L, Rubod C, et al. Clinical practices in the management and follow-up of obstetric anal sphincter injuries: a comprehensive review. Vol. 302, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd; 2024. p. 362–9.

**22.** Mathé M, Valancogne G, Atallah A, Sciard C, Doret M, Gaucherand P, et al. Early pelvic floor muscle training after obstetrical anal sphincter injuries for the reduction of anal incontinence. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. el 1 de abril de 2016;199:201–6.

**23.** Johannessen HH, Wibe A, Stordahl A, Sandvik L, Mørkved S. Do pelvic floor muscle exercises reduce postpartum anal incontinence? A randomised controlled trial. *BJOG*. el 1 de marzo de 2017;124(4):686–94.

**24.** Boggs EW, Berger H, Urquia M, McDermott CD. Recurrence of obstetric third-degree and fourth-degree anal sphincter injuries. En: *Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 1128–34.

**25.** Jha S, Parker V. Risk factors for recurrent obstetric anal sphincter injury (rOASI): a systematic review and meta-analysis. Vol. 27, *International Urogynecology Journal*. Springer London; 2016. p. 849–57.

**26.** Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Recurrent obstetric anal sphincter injury and the risk of long-term anal incontinence. En: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Mosby Inc.; 2017. p. 610.e1-610.e8.