



## Guía de Asistencia Práctica\*

### Lesión obstétrica del esfínter anal. Otros desgarros perineales

*Obstetric injury of the anal sphincter. Other perineal tears*

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

#### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El parto vaginal se asocia con la posibilidad de desgarros perineales. Se estima que aproximadamente el 80-85% de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el parto vaginal (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70%, precisan sutura. El parto vaginal se asocia de forma independiente tanto con lesiones de la musculatura perineal como con lesiones del esfínter anal y con lesiones del músculo elevador del ano, siendo estas lesiones significativamente más frecuentes en el parto instrumental que en el parto espontáneo. No obstante, el parto eutócico no supone ausencia de riesgo. Aproximadamente un 40% de las lesiones obstétricas del esfínter anal acontecen en partos eutócicos. Hay una gran variabilidad en la incidencia de la lesión del esfínter anal en el parto. Las diferencias en la práctica obstétrica y en la formación podrían justificar dicho hallazgo.

La gran importancia de la lesión esfinteriana intraparto es su demostrada relación con la incontinencia anal (IA) y con diferentes síntomas defecatorios como la urgencia defecatoria o el dolor.

La IA es la pérdida involuntaria de gases o heces (tanto sólidas como líquidas) que puede aparecer precedida de una sensación de urgencia y que afecta de forma muy importante a la calidad de vida de la mujer. Estudios epi-

demiológicos han demostrado que la IA es más frecuente en mujeres que en hombres. En España la prevalencia de IA se estima alrededor del 5%, siendo mujeres casi 7 de cada 10 pacientes.

La persistencia a largo plazo de los síntomas de IA en mujeres que han tenido desgarros obstétricos ha sido poco estudiada. Tampoco se conoce con exactitud el papel exacto que tiene el antecedente de un desgarro en una mujer en el inicio de los síntomas de IA en la vida adulta. Varios estudios publicados han demostrado que estos síntomas se asocian a la persistencia de defectos del esfínter anal a pesar de haber sido reparado en el parto.

Actualmente se sabe que existe una relación directa entre la gravedad del desgarro y la gravedad de la IA. No obstante, la aparición de la IA tras el parto no implica necesariamente que exista una lesión del esfínter anal. La IA en ausencia de lesión anatómica demostrable por ecografía sugiere que puede ser secundaria a una lesión neurológica, asociada a la lesión directa o a una elongación del nervio pudendo.

Se estima que un 15-30% de las mujeres que tienen un parto vaginal presenta una lesión significativa del componente puborrectal del músculo elevador del ano. El desgarro del músculo elevador del ano está relacionado con la edad materna en el primer parto. La importancia de la lesión parcial del músculo elevador del ano es incierta,

\*Las Guías de Asistencia Práctica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estas guías no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

no así del desgarro completo que se relaciona con una pérdida en la fuerza de contracción del músculo, así como con los signos y síntomas de prolapso.

**CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES**

Los desgarros perineales se clasifican de la siguiente forma:

1. Desgarros de primer grado: afectan a la piel y mucosa vaginal.
2. Desgarros de segundo grado: afectan a la musculatura excluyendo el esfínter anal.
3. Desgarros de tercer grado (clasificación de Sultan):
  - a: menos del 50% del espesor del esfínter anal externo (EAS)
  - b: lesión del 50% o más del espesor del EAS
  - c: lesión que afecta al EAS y al esfínter anal interno (EAI)
  - En caso de existir duda sobre el subtipo del grado 3, es conveniente clasificarla en el grado superior.
4. Desgarros de cuarto grado: desgarro del esfínter anal y la mucosa rectal.

Los desgarros que afectan la mucosa rectal con integridad del complejo esfinteriano son lesiones que no pueden encuadrarse en la clasificación, pero hay que tenerlos en cuenta puesto que se relacionan con fístulas recto-vaginales y recto-perineales.

En la figura 1 se muestra el esquema anatómico de los esfínteres interno y externo, de los desgarros de 4.º grado y de los diferentes subtipos de desgarros de 3.º grado.

Esta clasificación, además, aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de desencadenar una IA que los 3b, y a su vez estos, el doble que los 3a (NE = IIb).

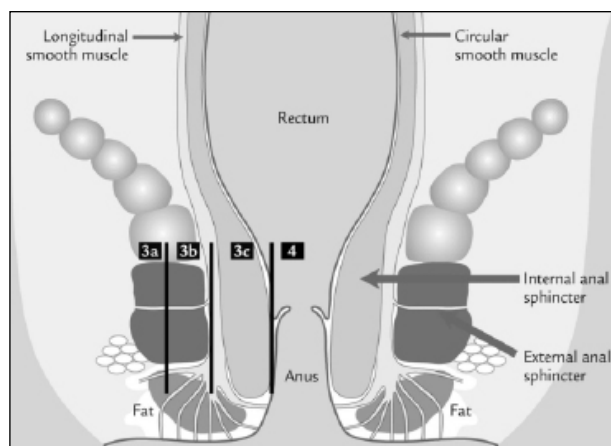


Figura 1. Esquema anatómico de los esfínteres interno y externo, de los desgarros de 4.º grado y de los diferentes subtipos de desgarros de 3.º grado. Obtenido de: Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk 1999;5:193-6.

La lesión perineal que realizamos al practicar una episiotomía es equiparable a los desgarros de segundo grado.

**DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA**

La población diana en esta guía de asistencia es la mujer durante el parto y en el puerperio inmediato. Aunque la incidencia sea mayor en los partos instrumentales, la mayor proporción de partos eutócicos hace que en números absolutos casi la mitad del total de los desgarros de tercer y cuarto grado ocurran en mujeres que han tenido un parto vaginal eutócico, es decir, en partos de bajo riesgo para las lesiones perineales.

**ACTIVIDAD A REALIZAR**

El objetivo principal de esta guía es establecer la prevención de los desgarros del esfínter anal durante el parto, así como el diagnóstico y tratamiento en el puerperio inmediato. Además se establecerán pautas para el seguimiento y control de las pacientes con lesiones del esfínter anal, así como la actitud ante futuras gestaciones.

**PREVENCIÓN DE LOS DESGARROS DEL ESFÍNTER ANAL Y DE OTROS DESGARROS PERINEALES**

Dado que la incidencia de la IA en el posparto en las mujeres con desgarros del esfínter anal es significativamente superior a la que presentan las mujeres sin desgarro, cualquier estrategia preventiva de este tipo de lesiones perineales contribuirá a prevenir la IA.

Se han identificado como factores de riesgo para la aparición de lesiones perineales de 3.º y 4.º grado: la nuliparidad, peso fetal superior a 4.000 g, parto instrumentado con fórceps, distocia de hombros, episiotomía media, presentación occípito-posterior, expulsivo superior a una hora y la posición materna en litotomía o en cuclillas. Algunos de estos factores son inherentes al parto y es imposible eliminarlos para prevenir las lesiones anales. Sin embargo, otros factores como la práctica de la episiotomía, la posición materna o la instrumentación del parto, sí que pueden disminuir su incidencia (NE = IIb).

La episiotomía sistemática no ha demostrado ser útil para la prevención de los desgarros perineales, por esto se aconseja realizar episiotomía restrictiva.

En los partos instrumentados no existe acuerdo sobre el papel de la episiotomía sistemática para la prevención de los desgarros del esfínter anal. La mayoría de los estudios concluyen que la episiotomía protege de la lesión del esfínter anal en los partos instrumentados (NE = IIa).

El riesgo de lesión del esfínter anal es mayor cuando la episiotomía es central. Las episiotomías “mediolaterales”

más cercanas al esfínter están más asociadas con lesión del mismo de forma estadísticamente significativa. El ángulo de la episiotomía lateral es por tanto otro factor de riesgo, debe ser de sesenta grados para que sea protector. Por cada seis grados que se horizontalice la incisión de la episiotomía, disminuye un 50% el riesgo en la lesión de 3.º y 4.º grado (NE = IIa).

En lo que respecta a otros desgarros perineales, las recomendaciones para la prevención primaria de los desgarros perineales que se refieren a la práctica obstétrica se basan en un nivel de evidencia limitado y son:

- La protección del periné, con la finalidad de aprovechar la elasticidad del suelo pélvico y lograr la expulsión de la cabeza en máxima flexión, entre dos contracciones, protege la integridad del periné (NE = IIb). La técnica hands-off se asocia con una mayor tasa de desgarros de tercer y cuarto grado que la técnica hands-on.
- La aplicación de compresas calientes y el masaje perineal pueden reducir el número de desgarros de tercer y cuarto grado (NE = IV).

### DIAGNÓSTICO DEL DESGARRO PERINEAL INTRAPARTO

Los desgarros perineales están infradiagnosticados. Para identificarlos correctamente, se debe de seguir una sistemática de exploración, siendo preciso:

- Posición de litotomía.
- Buena fuente de luz.
- Analgesia adecuada.

Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano mediante la palpación de las paredes laterales. 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.

Para que la exploración perineal sea precisa, se recomienda 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. La identificación del desgarro del esfínter externo siempre es más fácil que la del interno, aunque en algunas ocasiones el desgarro completo del esfínter externo puede retraerse y se debe localizar para su correcta sutura. Para ello, es útil recordar que el esfínter externo tiene un color rojizo mientras que el interno es blanquecino.

Se ha evidenciado que cuando un equipo obstétrico mejora su entrenamiento en el diagnóstico de los desgarros perineales posparto aumenta significativamente el número de los desgarros diagnosticados. Este hecho

pone de manifiesto la existencia de lesiones que pasan sin diagnosticar por la falta del adiestramiento en el diagnóstico (NE = III).

Por ello, es importante la formación de cualquier profesional que asista partos en la identificación de las lesiones.

### TRATAMIENTO DE LAS PACIENTES CON DESGARROS PERINEALES

#### Técnica de sutura

**Desgarros de 1.º grado.** Deben suturarse los bordes de la piel que permanecen separados, no siendo necesario suturar en el caso de que los bordes estén juntos y sin sangrado activo.

Se ha evidenciado que la sutura continua intradérmica de la piel condiciona menos dolor a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo no se han encontrado diferencias entre los resultados de la sutura con puntos sueltos y la intradérmica.

**Desgarros de 2.º grado.** La reparación debe iniciarse en los planos profundos, hasta llegar a los más superficiales, con el objeto de evitar dejar espacios entre los planos. La sutura puede realizarse con puntos sueltos o con sutura continua, siendo esta última la opción más recomendable. Se observan mejores resultados con suturas de absorción rápida, asociado a técnica de sutura continua por planos o con técnica de puntos invertidos, dejando la piel sin suturar (NE = I).

No hay evidencia acerca del beneficio de la reparación de las lesiones del músculo elevador.

**Desgarros de 3.º grado.** La sutura del esfínter interno ha de realizarse de forma independiente de la del esfínter externo. Ambas deben ser suturas sin tensión. Hay que tener en cuenta que la reparación del EAI solo puede realizarse intraparto, y que su reparación de forma secundaria es extremadamente difícil al encontrarse los extremos del esfínter interno retraídos y atróficos, lo cual dificulta su identificación y hace que sea muy difícil su reparación en un segundo tiempo quirúrgico.

Para la reparación quirúrgica del EAS hay dos técnicas de sutura diferentes: la sutura término-terminal (end to end) o el solapamiento (overlap); ambas tienen resultados similares en cuanto a continencia. En los desgarros parciales, no resulta posible la práctica del solapamiento. El intento de reparación del esfínter interno mediante la técnica del solapamiento es más difícil que en el esfínter externo, por ello se realiza habitualmente la sutura término-terminal a este nivel.

Se ha de intentar suturar el esfínter de forma que una vez reparado tenga la misma anchura en todo su perímetro, ya que se ha demostrado una relación directa entre la longitud del canal esfinteriano que se consigue con la sutura y el grado de continencia anal.

**Desgarros de 4.º grado.** La reparación debe iniciarse con la sutura de la mucosa rectal. Se puede suturar con puntos sueltos, siendo también válida la sutura continua intramucosa ya que el nivel de reabsorción del material sería semejante al anterior.

### Material de sutura

- Las suturas de los desgarros de 1.º y 2.º grado se deben de realizar con poliglactina (PDS) de reabsorción rápida por sus mejores resultados a corto y largo plazo.
- Las suturas de los esfínteres interno y externo se deben realizar con material monofilamento absorbible de larga duración, como puede ser la polidioxona de 3/0 o PDS, con la intención de minimizar los riesgos de infección.
- La sutura de la mucosa rectal debe realizarse con PDS 3/0.

Para la reparación intraparto de las lesiones de tercer y cuarto grado es aconsejable disponer de material específico, que se describe a continuación:

1. Tijeras de Metzenbaum.
2. Tijeras de Mayo.
3. Portaagujas corto.
4. Pinza de disección sin dientes.
5. Pinza de Allis.
6. Separador Gelpie o Weitlande.

### Medidas complementarias

Los cuidados en el parto y posparto inmediato de las mujeres con desgarros de tercer y cuarto grado son también de gran importancia para la recuperación de la continencia anal. Estos cuidados se centran en dos aspectos fundamentales: la administración de antibióticos y de laxantes de forma sistemática.

La administración de antibióticos intraparto y posparto se realiza con el objetivo de disminuir el riesgo de infección de la herida y el riesgo consecuente de IA y de fístula. La administración sistemática de una dosis única de una cefalosporina de segunda o tercera generación antes de la reparación del desgarro de esfínter anal intraparto conlleva una disminución del riesgo de infección de la herida perineal (NE = I).

Se recomienda prolongar el tratamiento durante unos días tras el parto (5-7 días: cefuroxima 250 mg/12 h) y cubrir la posible infección por anaerobios con una pauta adicional de metronidazol 500 mg/8 h (NE = IV).

En pacientes alérgicas la pauta será: gentamicina 240 mg dosis única asociado a metronidazol 500 mg iv dosis única. Al alta: ciprofloxacino 500/12 h + metronidazol 500 mg/12 h durante 5-7 días.

La recomendación de utilizar laxantes durante dos semanas en el posparto de las mujeres con desgarros de tercer y cuarto grado tiene como finalidad recuperar el ritmo de las deposiciones lo antes posible, obtener una heces de consistencia blanda, fáciles de evacuar, así como evitar el dolor y el riesgo de dehiscencia de la herida durante la defecación (NE = I).

Hay que informar a las mujeres que han tenido un desgarro del esfínter anal y explicar con la máxima claridad el tipo de lesión, las pautas de seguimiento y los posibles síntomas que podrían aparecer tras la lesión.

### SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES AFECTAS DE DESGARRO DE ESFÍNTER ANAL

Es recomendable realizar un seguimiento y control de los síntomas anorrectales, tanto en el puerperio como a largo plazo (1 año) de las mujeres con desgarros del esfínter anal (NE Ib). Se ha confirmado que tras la correcta reparación del esfínter externo el 60-90% de las mujeres permanecen asintomáticas al año. Los síntomas más frecuentes son la incontinencia de gases y la urgencia defecatoria.

No existen estudios prospectivos aleatorizados que permitan recomendar unas actividades específicas y unas pautas de seguimiento de estas pacientes con desgarros del esfínter anal. Las recomendaciones que se incluyen a continuación tienen por tanto un nivel de evidencia IV (NE = IV).

### El control en el puerperio

Es recomendable hacer una visita a las seis-doce semanas del parto. Hay que hacer una valoración de los síntomas anorrectales y uroginecológicos en la mujer. Se pueden usar las siguientes preguntas:

- Detección de los síntomas de IA preguntando directamente, si tiene escapes de gases o heces (sólidas o líquidas) o urgencia defecatoria.
- Los datos a investigar son:
  - ¿Tiene pérdida involuntaria de heces sólidas?
  - ¿Tiene pérdida involuntaria de heces líquidas?
  - ¿Tiene pérdida involuntaria de gases?
  - ¿Tiene un deseo irrefrenable de ganas de defecar, con temor de presentar pérdida involuntaria de las heces?
  - ¿Tiene dolor al defecar?
- Una exploración pélvica que incluya la valoración del tono en reposo, de la capacidad contráctil del esfínter anal y del músculo elevador del ano.

Se deben recomendar ejercicios de la musculatura del suelo pélvico a partir de las 6-12 semanas de la lesión.

## Seguimiento a largo plazo

### Mujer asintomática

Se puede optar por dar el alta a la paciente e indicar que en caso de aparición de síntomas, acuda a control. Sería recomendable ofrecer a la paciente una visita de control al año.

### Mujer con síntomas de incontinencia anal

- si la sintomatología es leve y la mujer no está muy afectada por su problema, se recomienda programar una visita de seguimiento a los 6 meses, dado que en los estudios con seguimiento se ha observado que hay un nivel considerable de casos que evolucionan favorablemente hacia la resolución de los síntomas en los primeros seis meses postparto.
- Si la sintomatología es grave o afecta de forma importante la calidad de vida de las pacientes, es aconsejable que sea remitida a una unidad especializada en patología del suelo pélvico, con un equipo multidisciplinar, que cuente con un coloproctólogo.

La actividad a realizar en esta unidad debería ser:

- Ecografía endoanal o perineal para valorar la integridad del esfínter anal.
- Manometría anorectal para valorar la funcionalidad.

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. Solo un número muy limitado de pacientes precisarán una reparación secundaria del esfínter externo. La técnica de esfinteroplastia con solapamiento es la que se sigue utilizando para la reparación secundaria del desgarro de esfínter anal en mujeres que consultan por IA.

La figura 2 presenta un esquema de las recomendaciones sobre el seguimiento y manejo posterior.

## EMBARAZO Y PARTO TRAS UN DESGARRO DE ESFÍNTER ANAL

En cuanto a la recomendación sobre el tipo de parto en mujeres con desgarros del esfínter anal previos, no hay datos suficientes que permitan recomendar un tipo u otro de parto.

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

Al no disponer de datos suficientes que permitan basar las recomendaciones en un nivel alto de evidencia y con base en los pocos estudios con seguimiento que pueden aportar datos para la toma de esta decisión, podríamos resumir que, después de un desgarro de tercer o cuarto grado, si la mujer se

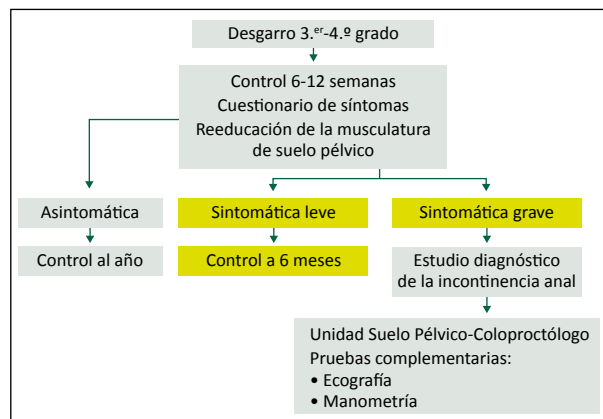


Figura 2. Control y seguimiento de las mujeres con desgarros perineales.

queda embarazada, se han de tener en cuenta los siguientes puntos:

- Si la mujer está asintomática y mantiene la continencia, se puede recomendar un parto vaginal. El riesgo de repetir otra lesión de tercer o cuarto grado oscila del 3,6-7,2%. La IA debida al embarazo no se modifica por la realización de una cesárea. En el caso de pesos fetales estimados superiores a 4.000 g el riesgo de lesión aumenta del 8% al 23%.
- Si la mujer presenta IA, debemos informar a la paciente que el embarazo puede aumentar la intensidad de la sintomatología. No hay evidencia de que la vía de parto influya en la evolución posterior. Sería aconsejable diferir la cirugía secundaria del esfínter al final del deseo reproductivo, siempre que no afecte su calidad de vida. La decisión final debería tomarla la mujer tras una información detallada y de acuerdo a sus preferencias.
- En los casos en que la gestante haya presentado una IA posparto, con cirugía en un segundo tiempo con éxito, se debe aconsejar una cesárea (NE IV).

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Sultan AH. Obstetric perineal injury and anal incontinence. Clin Risk 1999;5:193-6.
2. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third- and fourth-degree perineal tears [Internet]. Londres: RCOG; 2013. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
3. Koelbl H, Igawa T, Salvatore S, Laterza RM, Lowry A, Sievert KD, et al. Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 5th ed. Arnhem: ICDU-EAU;2013. p. 261-359.
4. Ribas Y, Coll M, Espina A, Jiménez C, Chicote M, Torné M, et al. Initiative to improve detection of faecal incontinence in primary care: The GIFT Project. Fam Pract 2017;34(2):175-9. doi: 10.1093/fampra/cmz004.
5. Aasheim V, Nilsen A, Reinar L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Re 2011;(12):CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.
6. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database Syst Rev 2012;11:CD000947. doi: 10.1002/14651858.CD000947.pub3.

**Tabla I.**  
Protocolo de reparación de los desgarros del esfínter anal

1. El desgarro ha de ser reparado por un especialista con experiencia en reparación de desgarros del esfínter anal o por un residente bajo supervisión del experto.
2. Anestesia regional o general.
3. Se recomienda que todo el personal sanitario que asista partos realice un taller formativo para identificación y reparación de desgarros del esfínter anal.
4. Los desgarros 3a se reparan con técnica término-terminal, suturando con PDS 3-0.
5. Los desgarros 3b se reparan con técnica término-terminal u overlap si el esfínter externo está completamente roto o se separan las fibras restantes que puedan quedar.
6. Si el esfínter interno está roto (3c), o el desgarro es de 4.º grado, se repara con 2 ó 3 puntos de colchonero con PDS 3-0.
7. La mucosa anal se repara con puntos sueltos de Vicryl 3-0.
8. Se da una dosis de antibiótico en el momento de la reparación del esfínter y se continúa 5 días tras el parto (cefuroxima y metronidazol).
9. Se prescribe lactulosa 15 ml, dos veces al día durante 10 días, asegurándose de que las heces sean blandas.
10. Seguimiento en el posparto en una consulta específica.