

EDITORIAL

## Seguimiento posparto de las lesiones obstétricas de esfínter anal

C. Ros Cerro,  
M. España Pons  
Unidad de Suelo Pélvico.  
ICGON. Hospital Clínic.  
Barcelona

La incontinencia fecal (IF) es uno de los tres síndromes tratados en las unidades de uroginecología, después de las disfunciones miccionales y el prolapso de órganos pélvicos. A pesar de tener una prevalencia no despreciable, está descrito que sólo un 5% de las mujeres con síntomas de IF consultan a los médicos de cabecera, y un 16% a los subespecialistas. La primera reflexión sería, por lo tanto, que los profesionales deberíamos tener una conducta activa preguntando por esta sintomatología desagradable y mal tolerada.

En segundo lugar, la fisiopatología de la IF difiere según la edad de la paciente. Así como en las mujeres de mayor edad predominan los defectos funcionales, en las mujeres jóvenes los desgarros obstétricos de esfínter anal (OASIS) son la principal causa de IF, y ésta suele debutar en el posparto inmediato. Aunque la incidencia de OASIS es baja y oscila entre el 2,6 y el 4,2% de los partos, está descrito que entre un 24 y un 39% de las mujeres con dicha lesión sufrirán síntomas de IF<sup>1</sup>. El correcto diagnóstico, el cuidado en el posparto inmediato y el seguimiento posterior parecen completamente justificados.

Las guías clínicas internacionales coinciden en la necesidad de que existan protocolos de prevención primaria, diagnóstico intraparto, reparación primaria del defecto y cuidados en la sala de hospitalización. La existencia de estos protocolos y el entrenamiento para la detección y reparación de los OASIS ha motivado un incremento en la incidencia, que no es más que la consecuencia de una mayor detección de estas lesiones y, por tanto, una atención de mayor calidad<sup>2</sup>. Pero existe falta de evidencia científica para recomendar pautas de seguimiento posterior, incluida la vía de un eventual siguiente parto en las pacientes afectadas. Este campo se ha convertido en un interesante foco de investigación en uroginecología para poder dar respuesta a múltiples interrogantes.

La nueva versión de la Green-top Guideline n.º 29 del Royal College of Obstetricians & Gynaecologists («Third- and Fourth-degree Perineal Tears, Management»), publicada en junio de 2015 y resumida en este número de la revista, indica que las mujeres que han sufrido una lesión del esfínter anal en el parto deben ser revisadas entre las 6 y las 12 semanas posparto. Esta visita debería ser realizada, a ser posible, por un profesional con interés especial en este tipo de lesiones y, preferentemente, en unidades especializadas. Unidades que dispongan de acceso a la ecografía endoanal y a la manometría, pues ambas pruebas pueden ayudar a la toma de decisiones para futuros partos.

La manometría anorrectal, la electromiografía perineal, la ecografía y la resonancia magnética han sido las pruebas complementarias propuestas en el seguimiento de las pacientes con antecedente de OASIS. Respecto a la imagen, la ecografía endoanal (EAUS), testada por Sultan et al. a principio de los noventa<sup>3</sup> comparándola con lesiones en cadáveres y pacientes intervenidas, sigue siendo el *gold standard* en la detección de defectos estructurales del complejo esfinteriano anal. Con la aparición del 3D, la resonancia magnética parece no aportar ninguna ventaja a la imagen ecográfica. El principal inconveniente de la EAUS es la

poca accesibilidad de los ginecólogos a la sonda endoanal rotacional, puesto que es una prueba diagnóstica normalmente incorporada en los servicios de coloproctología y parece que solamente las pacientes con sintomatología fecal muy grave llegan a estos servicios. Así, quedan en el limbo un porcentaje altísimo de pacientes con defectos del esfínter anal, asintomáticas o con síntomas leves-moderados, sin explicaciones ni maniobras de prevención secundaria. Es por este motivo que han surgido las técnicas ecográficas transperineales, obtenidas por sondas típicamente obstétricas, para intentar suplir esta limitación. La vía transperineal promete, pero en la actualidad sólo existe una publicación –aparecida hace 7 años– en la que se compare dicha vía con la vía endoanal<sup>4</sup> y usando la EAUS bidimensional como referencia. El resto de publicaciones sobre la vía transperineal se limitan a describir sus resultados tomando como referencia la clínica de la paciente y no la técnica *gold standard* reconocida por las sociedades científicas de forma reiterada<sup>5</sup>.

Validar una técnica de imagen con la clínica de las pacientes parece un error. El defecto estructural del complejo esfinteriano anal es tan sólo un factor de riesgo para padecer síntomas de IF. De hecho, podría compararse con la hipermovilidad uretral (HU) y la incontinencia urinaria. En este caso está claro que es un defecto de soporte frecuentemente relacionado con el parto vaginal y que sólo un pequeño porcentaje de mujeres con HU sufrirán incontinencia urinaria de esfuerzo. Con los años, este factor pierde relevancia fisiopatológica y se suman muchos otros relacionados con la eficiencia esfinteriana uretral. La suma de todos ellos condicionará la sintomatología miccional. Pues en el caso del complejo esfinteriano anal parece que existe un paralelismo importante con la situación previamente descrita. Hay mujeres con defectos estructurales intraparto (ya que, a pesar de la reparación primaria intraparto correcta, quedan hasta un 80% de lesiones residuales) totalmente asintomáticas. Algunas de ellas, incluso, con lesiones severas, compensadas por otras estructuras del suelo pélvico (el puborrectal tiene un papel en la continencia fecal) o por una buena inervación del esfínter. Sin embargo, también existen mujeres sin defectos estructurales, o bien con lesiones mínimas, y con sintomatología marcada. En muchos de estos casos, la manometría anorrectal y la electromiografía muestran grandes alteraciones. ¿Cómo vamos a basarnos sólo en la clínica para comparar una técnica de imagen tras estos ejemplos? Por el momento, la EAUS sigue siendo la que muestra el defecto con una mayor precisión, debido a las altas frecuencias con las que trabaja; y el papel de la vía transperineal parece muy prometedor, pero necesita confirmación científica.

La vía de un eventual siguiente parto es otro punto que debemos tener en cuenta en estas pacientes. Está descrito que los síntomas pueden agravarse durante la gestación y el parto y que el riesgo de un nuevo OASIS en el siguiente parto vaginal es hasta 4 veces superior en pacientes afectadas en el parto anterior (OR= 4,74)<sup>6</sup>. La vía vaginal es casi siempre de elección. Una reflexión: serían necesarias 167 cesáreas electivas para prevenir 1 caso de IF, pero tan sólo 2,3 cesáreas electivas en mujeres con antecedentes de OASIS para evitar un caso de IF. No está justificado el «café para todos», pero ofrecer y permitir una cesárea electiva en casos muy seleccionados, de forma consensuada con la paciente, no aumentaría de forma escandalosa la tasa de cesáreas de un servicio... y sí podría evitar un caso dramático de IF grave en una mujer joven. Las guías indican la cesárea electiva en casos de reparación quirúrgica en un segundo tiempo del esfínter anal (excepcional); pero también la contemplan en casos de lesiones estructurales (ecografía) o funcionales (manometría, electromiografía) residuales<sup>7</sup>. Y de forma especial, en mujeres que han mejorado notablemente tras el tratamiento conservador (*biofeedback* anal y rehabilitación por vía vaginal) tras un parto sintomático y que no desean tener opciones de repetir esa desagradable experiencia.

Para concluir, contar con un protocolo de identificación, reparación primaria intraparto y cuidados en la sala de hospitalización en las mujeres con OASIS es preceptivo, y las guías internacionales de práctica clínica ofrecen recomendaciones firmes. A pesar de la falta de evidencia científica, el seguimiento posterior de las pacientes afectadas parece completamente justificado, ofreciendo las pruebas de imagen de mayor precisión, la posibilidad de derivación a unidades especializadas y la prevención secundaria en una eventual siguiente gestación. La literatura nos permitirá ir afinando este algoritmo de seguimiento progresivamente. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Richter HE, Nager CW, Burgio KL, Whitworth R, Weidner AC, Schaffer J, et al.; for the NICHD Pelvic Floor Disorders Network. Incidence and predictors of anal incontinence after obstetric anal sphincter injury in primiparous women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2015; 21: 182-189.
2. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Mahmood TA, Adams EJ, Richmond DH, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. *BJOG.* 2013; 120: 1.516-1.525.
3. Sultan AH, Kamm MA, Talbot IC, Nicholls RJ, Bartram CI. Anal endosonography for identifying external sphincter defects confirmed histologically. *Br J Surg.* 1994; 81: 463-465.
4. Oom DM, West RL, Schouten WR, Steensma AB. Detection of anal sphincter defects in female patients with fecal incontinence: a comparison of 3-dimensional transperineal ultrasound and 2-dimensional endoanal ultrasound. *Dis Colon Rectum.* 2012; 55: 646-652.
5. Bliss DZ, Mellgren A, Whitehead WE, Chiarioni G, Emmanuel A, Santoro GA, et al. Assessment and conservative management of faecal incontinence and quality of life in adults. En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds.). 5th International Consultation on Incontinence, capítulo 16. Paris: ICUD-EAU, 2013; 1.443-1.486.
6. Elfaghi I, Johansson-Ernste B, Rydhstroem H. Rupture of the sphincter ani: the recurrence rate in second delivery. *BJOG.* 2004; 111: 1.361-1.364.
7. Karmarkar R, Bhide A, Digesu A, Khullar V, Fernando R. Mode of delivery after obstetric anal sphincter injury. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015; 194: 7-10.