

CASO CLÍNICO

Cuidado de las mujeres con traumatismo perineal en el parto: a propósito de un caso

S. Escura Sancho, C. Ros Cerro, S. Anglès Acedo, M. Espuña Pons

Unidad de Uroginecología. ICGON. Hospital Clínic. Barcelona

El impacto del parto en el desarrollo de las disfunciones del suelo pélvico (DSP) es indiscutible. El traumatismo del suelo pélvico durante el parto es muy frecuente y se asocia al riesgo a largo plazo de incontinencia urinaria (IU), incontinencia anal (IA) y prolapso de órganos pélvicos (POP)¹. En comparación con el parto vaginal espontáneo, el parto por cesárea se asocia con un riesgo significativamente menor de IU de esfuerzo (IUE), vejiga hiperactiva y POP, mientras que el parto vaginal instrumental se asocia con un riesgo significativamente mayor de IA y POP. Un hiato genital más grande debido a lesión del músculo elevador del ano (MEA) se asocia con un mayor riesgo de POP². El traumatismo perineal es la complicación más común durante el parto vaginal y se presenta en el 40-50% de las mujeres³.

Caso clínico

Mujer de 39 años, con antecedente de parto vaginal mediante fórceps rotador, con necesidad de realización de episiotomía durante la fase de expulsivo. Se obtuvo un neonato único vivo, de sexo masculino y 3.950 g de peso. Durante la revisión del canal blando en la sala de partos se identificó un desgarro obstétrico del esfínter anal de tipo IIIb, que se suturó según la técnica *endo-endo*. Desde el parto, la mujer ha estado realizando lactancia materna exclusiva. La paciente acude a la consulta especializada en suelo pélvico a los 6 meses del parto, derivada por la comadrona de referencia que la ha seguido en el posparto inmediato.

Al realizar la anamnesis dirigida sobre sintomatología de DSP, la paciente presenta clínica de IU a grandes esfuerzos y, tras realizar el cuestionario validado de síntomas International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence-Short Form (ICIQ-UI-SF), obtiene una puntuación de 5, que clasifica la IU que padece como leve. Al preguntar acerca de la clínica de IA, la

mujer relata que desde el posparto inmediato presenta clínica de IA a gases y urgencia defecatoria. Tras responder al cuestionario sobre IA Saint Mark's, obtiene una puntuación de 9. Respecto a las relaciones sexuales, refiere haberlas iniciado hace unos 3 meses y que, en la mayoría de las ocasiones, ha presentado dispareunia *de novo*, concretamente dolor en la zona del introito vulvar, y sensación de falta de lubricación. La paciente no refiere síntomas de POP, dificultad miccional ni otras DSP.

La paciente presenta un buen estado general, con un índice de masa corporal de 26. Al realizar la exploración pélvica, se aprecian una cicatriz de episiotomía en el introito vulvar dolorosa al tacto, pero no retráctil, y una uretra hipermóvil. En la valoración de los músculos del suelo pélvico (MSP) mediante palpación vaginal se identifica una lesión del MEA en el lado derecho; el izquierdo se palpa íntegro, pero con una función contráctil muy disminuida (Oxford de 1/5). Se realiza una ecografía de suelo pélvico (ESP), en la que se identifican una uretra hipermóvil de 28 mm de longitud, sin embudización del cuello vesical en Valsalva, y unas paredes vesicales regulares y no engrosadas. El útero y los ovarios no presentan hallazgos patológicos. En la valoración de los MSP que se realiza mediante ecografía transperineal 3D (3D-TPUS) se identifica una lesión del MEA derecho, concretamente una avulsión del músculo pubovisceral derecho, un MEA izquierdo íntegro y un aumento del hiato genital, sin signos de POP significativos (figura 1). Finalmente, también mediante 3D-TPUS, se valora el esfínter anal y se constata una cicatriz residual (<30°) a las 12 horarias sobre el esfínter anal externo, que es total y que ocupa menos del 50% del canal anal; no se aprecian lesiones sobre el esfínter anal interno (figura 1).

Al finalizar las exploraciones se informa a la paciente de los hallazgos en el proceso diagnóstico y se le ofrece un plan de tratamiento conservador. El tratamiento

Cuidado de las mujeres con traumatismo perineal en el parto: a propósito de un caso
S. Escura Sancho, C. Ros Cerro, S. Anglès-Acedo, M. Espuña-Pons

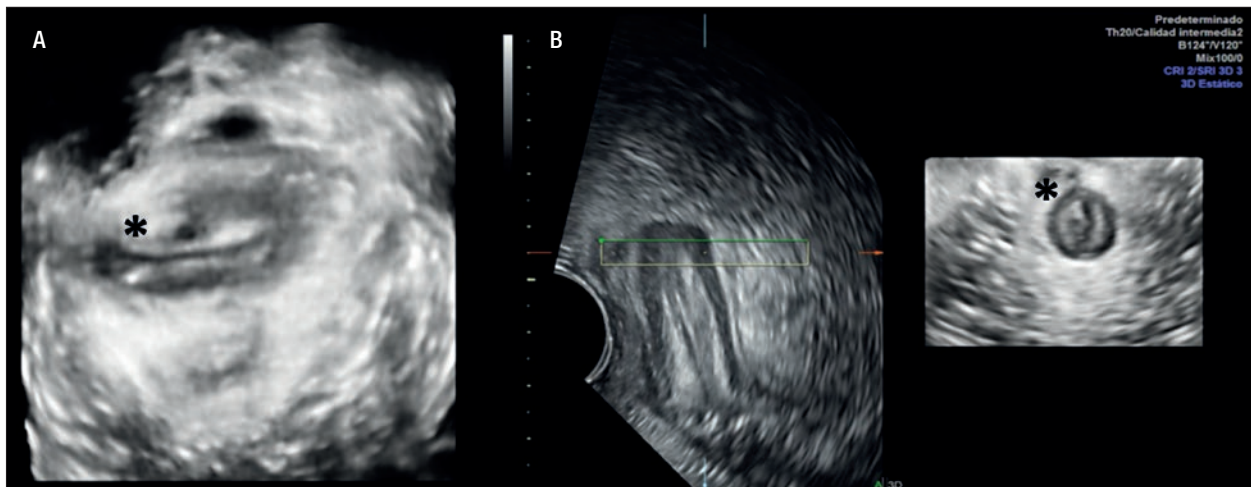


Figura 1. Ecografía transperineal 3D (3D-TPUS). A) Avulsión del músculo elevador del ano (MEA) derecho (*); MEA izquierdo íntegro; aumento del hiato genital. B) Cicatriz residual (<30°) a las 12 horarias sobre el esfínter anal externo, total, que ocupa <50% del canal anal (*). No se observan lesiones del esfínter anal interno

consiste en masajes perineales y en un programa intensivo supervisado de entrenamiento de los MSP asociado a electroestimulación con aparato portátil en domicilio; asimismo, se indicaron pautas de modificaciones de los estilos de vida y hábitos saludables, y el uso de lubricante durante las relaciones sexuales. Se programó una visita telemática al mes de iniciar el tratamiento conservador para evaluar la adherencia al tratamiento, y una visita presencial a los 3 meses de iniciar el tratamiento conservador. En la visita de control al cabo de 1 mes, la paciente refiere una correcta adherencia al tratamiento, y en la visita presencial se observa una mejoría significativa de los síntomas: no presenta clínica de IUE, IA o dispareunia. La exploración pélvica muestra un mejor tono y capacidad contráctil del MEA del lado izquierdo (Oxford de 2/5). Se repite la ecografía a los 12 meses postparto y se observa la persistencia de los mismos signos de hace 6 meses. Se informa a la paciente de los hallazgos y se le da el alta con pautas de cuidados (control de peso y seguir con un programa de mantenimiento de ejercicios de contracción de los MSP).

La paciente manifiesta que muy posiblemente desee un nuevo embarazo en 1 o 2 años, y nos pregunta qué riesgos tiene un nuevo parto vaginal y si es necesaria una visita antes del siguiente embarazo. Le informamos de que el primer parto es el que tiene mayor riesgo de lesión de los MSP, como la avulsión del MEA, y de que

después de un segundo parto no se observan más avulsiones, pero que las ya presentes de un primer parto se pueden hacer más extensas⁴. Por este motivo, le recomendamos que mantenga los hábitos saludables en su domicilio y las modificaciones del estilo de vida, así como los ejercicios de MSP (ejercicios de Kegel). Le explicamos también que las mujeres con antecedente de lesiones obstétricas del esfínter anal (*obstetric anal sphincter injuries* [OASIS]) tienen un riesgo mayor de presentar una recurrencia (OASISr) en el siguiente parto, pero que tenemos identificados los principales factores de riesgo y que se ha demostrado que la episiotomía mediolateral está asociada a una tasa más baja de OASISr⁵. Le informamos de que disponemos de una consulta especializada en la que puede ser atendida durante el primer trimestre de una futura nueva gestación para realizar una valoración clínica de la sintomatología y, en función de lo observado, se le explicarán detalladamente las implicaciones de un nuevo parto y se la ayudará en el proceso de la toma de decisiones compartidas.

Discusión

El proceso fisiológico que supone el parto vaginal provoca, en mayor o menor medida, un trauma obstétrico. En el concepto de trauma perineal obstétrico se engloba tanto el efecto producido por la sobredistensión del

suelo pélvico, y la afectación que puede conllevar sobre su inervación, como la lesión directa de los distintos músculos perineales. Estas lesiones, confirmadas con técnicas de imagen, como la ESP, son principalmente la hipermovilidad uretral, la avulsión del MEA o el aumento del hiato genital y la lesión del esfínter anal. Algunas de estas lesiones presentan una recuperación parcial durante los primeros 6 meses posparto. En cambio, otras desembocan en lesiones permanentes, y las pacientes tienen más probabilidad de desarrollar DSP a largo plazo. Uno de los mecanismos fisiopatológicos más estudiados es el daño que se produce sobre el MEA. Según DeLancey et al.⁶, se produce una lesión del MEA en un 6-10% de los partos vaginales eutócicos y en un 60-70% de los instrumentados con fórceps. La lesión del MEA provoca un aumento del hiato genital que, medido por ecografía, se asocia al riesgo de DSP, sobre todo de padecer POP. Según un estudio reciente⁴, el primer parto vaginal es el que tiene el mayor riesgo de que ocurra una avulsión del MEA, con un impacto significativo en la incidencia de DSP 4 años después. Este mismo estudio puso de manifiesto que un segundo parto vaginal puede provocar el deterioro de la avulsión del MEA, pero no se encontraron nuevas avulsiones.

La aparición de sintomatología de DSP es variable en el tiempo. Algunas DSP, como la IUE o la IA, tienen una alta incidencia en los primeros meses posparto; en cambio, los síntomas de POP tienen una latencia mayor. El parto instrumentado es un factor muy potente en el desarrollo de DSP, aumentando las incidencias acumuladas de todas ellas cuando se compara con el parto vaginal eutócico^{7,8}. Respecto a las mujeres multíparas, el incremento de DSP es más pronunciado tras el primer parto.

Pocos estudios valoran la esfera sexual, pero éstos sugieren una mayor afectación de la sexualidad en las mujeres con un antecedente de parto vaginal traumático respecto a las que han tenido partos vaginales sin lesiones evidentes o cesáreas⁹.

Respecto a la IA, en general, el riesgo es menor que el de otras DSP, a no ser que se acompañe de una lesión directa sobre el esfínter anal, situación que ocurre en un 2-4% de los partos vaginales. El 19-59% de las mujeres con OASIS presentarán IA, que es la causa más frecuente de esta afección en mujeres jóvenes¹⁰. A las mujeres

con antecedente de OASIS en su primer parto debemos informarlas de que el riesgo de presentar un OASISr en el siguiente parto es del 5,8%, tasa claramente más alta que la de las que tuvieron un primer parto sin complicaciones⁵. Los principales factores de riesgo que se asociaron de forma significativa a la OASISr fueron un peso al nacimiento ≥ 4.000 g y la duración del segundo estadio del parto ≥ 30 minutos⁵. Se ha observado que la práctica de la episiotomía mediolateral está asociada con una significativa reducción en la tasa de OASISr, tanto en las mujeres con un segundo parto eutócico como instrumental, por lo que esta explicación puede ser útil para tranquilizar a las mujeres que desean un parto vaginal tras un primer parto con OASIS⁵.

En nuestro centro disponemos de una consulta específica basada en criterios intraparto y posparto, en la que se visitan las pacientes con diagnóstico de OASIS, parto instrumentado, peso neonatal > 4 kg o sintomatología de IU en el posparto. Consideramos que es importante disponer de una consulta especializada y hacer un buen seguimiento de estas pacientes a fin de diagnosticar precozmente las DSP, para poder iniciar un tratamiento precoz y así disminuir el impacto de la DSP en la calidad de vida de la mujer. Esta consulta debe estar a disposición de las mujeres con antecedente de trauma perineal obstétrico para poderlas ayudar en el proceso de la toma de decisiones compartidas que debe hacerse al principio de una nueva gestación. Existen modelos para predecir el riesgo de DSP, y creemos que deberían aplicarse en el futuro a la práctica clínica diaria para poder determinar con precisión el porcentaje de mujeres con más riesgo de padecer una DSP tras el parto.

Conclusión

Las DSP tras el parto son frecuentes y, aunque un elevado porcentaje de mujeres presentará una mejoría o curación durante los 6 primeros meses posparto, otras referirán síntomas después de este periodo, con el consiguiente impacto negativo en su bienestar, calidad de vida, imagen corporal y vida sexual, llegando a limitar su actividad recreativa y social. Es necesario aplicar controles específicos a las mujeres con un traumatismo perineal, tanto en el posparto inmediato como unos meses después. Este control permite cuidar a las pacientes con

Cuidado de las mujeres con traumatismo perineal en el parto: a propósito de un caso

S. Escura Sancho, C. Ros Cerro, S. Anglès-Acedo, M. Espuña-Pons

síntomas de DSP y aplicar medidas de prevención secundaria en mujeres asintomáticas pero en las que se han identificado lesiones anatómicas de los MSP. No obstante, a pesar de que conocemos los factores de riesgo y reconocemos los factores predictores de DSP, actualmente se aplican muy pocas estrategias de prevención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hallock JL, Handa VL. The epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2016; 43(1): 1-13.
2. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(4): 777-784.
3. NHS Maternity Statistics, England 2017-18. NHS Digital [consultado el 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2019-20>
4. Van Gruting MA, Van Delft KWM, Sultan AH, Thakar R. The natural history of levator ani muscle avulsion 4 years following childbirth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 [DOI: 10.1002/uog.23120] [Epub ahead of print. PMID: 32936957].
5. Van Bavel J, Ravelli A, Abu-Hanna A, Roovers J, Mol BW, De Leeuw JW. Risk factors for the recurrence of obstetrical anal sphincter injury and the role of a mediolateral episiotomy: an analysis of a national registry. *BJOG.* 2020; 127(8): 951-956.
6. DeLancey JO, Kearney R, Chou Q, Speights S, Binno S. The appearance of levator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(1): 46-53.
7. Solans-Domènech M, Sánchez E, Espuña-Pons M; Pelvic Floor Research Group (Grup de Recerca del Sòl Pelvià [GRESF]). Urinary and anal incontinence during pregnancy and postpartum: incidence, severity, and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(3): 618-628.
8. Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. *JAMA.* 2018; 320(23): 2.438-2.447.
9. Cattani L, Gillor M, Dietz HP. Does flatus incontinence matter? *Int Urogynecol J.* 2019; 30(10): 1.673-1.677.
10. Anglès-Acedo S, Ros-Cerro C, Escura-Sancho S, Elias-Santo-Domingo N, Palau-Pascual MJ, Espuña-Pons M. Coital resumption after delivery among OASIS patients: differences between instrumental and spontaneous delivery. *BMC Womens Health.* 2019; 19(1): 154.