

Esfinteroplastia con superposición de cabos en una lesión obstétrica

Julián Azar¹, Leandro Stawkowy², Eduardo Sternberg², Magalí Muthular², Federico Yazyi²

División Cirugía, Sector Coloproctología, Hospital General de Agudos Doctor Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

¹ Residente de Cirugía General

² Cirujano de Planta

RESUMEN

La lesión obstétrica del esfínter anal es una causa común de incontinencia fecal en mujeres en edad reproductiva. Factores de riesgo maternos y fetales pueden aumentar la incidencia. Las lesiones se clasifican en cuatro grados y su reparación puede ser inmediata o diferida.

Se presenta el caso de una mujer de 27 años con incontinencia fecal severa de 8 meses de evolución secundaria a una lesión obstétrica que comprometía el esfínter anal externo y el esfínter anal interno. Se decidió realizar una esfinteroplastia con superposición de cabos de ambos esfínteres por separado, previa disección de los haces musculares y preservación del tejido fibroso en los extremos de los músculos para la reconstrucción. La paciente evolucionó favorablemente, mejorando significativamente su incontinencia en el seguimiento a corto plazo.

Palabras clave: esfinteroplastia, lesión obstétrica, superposición de cabos, incontinencia fecal, esfínter anal.

ABSTRACT

Obstetric injuries are a common cause of fecal incontinence in women of reproductive age. Maternal and fetal risk factors can increase the incidence. Injuries are categorized into four stages, and repair can be immediate or delayed.

In this report, we present the case of a 27-year-old woman who has been suffering from severe fecal incontinence for eight months due to an obstetric injury that affected both the external and internal anal sphincters. A sphincteroplasty was performed, which involved overlapping the ends of both sphincters separately after carefully dissecting the muscle bundles and preserving the fibrous tissue at the ends of the muscles for reconstruction. The patient demonstrated favorable progress, significantly improving her incontinence during the short-term follow-up.

Keywords: Sphincteroplasty, Obstetric injury, Overlapping, Fecal incontinence, Anal sphincter.

INTRODUCCIÓN

La lesión obstétrica del esfínter anal es una de las principales causas de incontinencia fecal en mujeres en edad reproductiva y tiene importantes consecuencias funcionales y psicológicas para las pacientes.¹

El riesgo estimado de padecer una lesión obstétrica es del 3%, con mayor incidencia en pacientes nulíparas, mujeres mayores de 40 años, partos distócicos, instrumentación con fórceps o ventosa, pujo mayor de 60 minutos, realización de episiotomía y antecedente de lesión del esfínter anal.¹

Según Sultan,² la lesión del esfínter anal se clasifica en cuatro grados que incluyen desde la sección de la mucosa vaginal (Grado 1) hasta la sección completa del esfínter anal y la mucosa rectal (Grado 4).

El tratamiento de una lesión esfinteriana es quirúrgico. Si es detectada durante el parto, puede repararse en el mismo acto y hasta dentro de las 12 horas posteriores sin detrimento de la paciente. En la reparación inmediata, la superposición de

cabos de los haces musculares o la anastomosis término-terminal logran resultados similares.^{3,4}

Cuando la lesión no es detectada durante el parto, su reparación en un segundo tiempo puede ser dificultosa dependiendo del grado de alteración de la anatomía y la cantidad de tejido fibroso presente.⁵ En dicho caso, la realización de una esfinteroplastia con superposición de cabos ha demostrado poseer buenos resultados a corto y largo plazo.⁶

A continuación, se expone el caso de una paciente con lesión del esfínter anal grado 4 sin reparación inmediata, a quien se le realizó una esfinteroplastia con superposición de cabos con buenos resultados funcionales.

CASO

Paciente de 27 años con IMC 22,5 kg/m² y antecedente de dos partos, ambos con episiotomía medio lateral, que consulta al servicio de coloproctología por incontinencia a gases

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Julián Azar: julianignacioazar@buenosaires.gob.ar.

Recibido: 18-01-2025. Aceptado: 21-04-2025

Azar Julián: <https://orcid.org/0009-0006-6931-4384>; Leandro Stawkowy: <https://orcid.org/0000-0002-9862->; Sternberg Eduardo: <https://orcid.org/0009-0003-1753-0083>; Muthular Magalí: <https://orcid.org/0000-0001-6934-095X>; Yazyi Federico: <https://orcid.org/0000-0002-2368-1158>

y materia fecal sólida desde su último parto 8 meses atrás. El score de Cleveland en la primera consulta fue de 18/20 (pérdida de materia fecal sólida y líquida usualmente, con pérdida constante de gases, utilización continua de apósitos y una profunda alteración del estilo de vida).⁷ Al examen físico, se constata ausencia de tabique recto vaginal en el tercio inferior con solución de continuidad entre el ano y la vagina (Fig. 1).

Se realizó una ecografía endorrectal que evidenció una lesión del esfínter anal interno y externo mayor de 180°. La manometría anorrectal informó severa hipotonía basal y en contracción voluntaria del canal anal, pudiendo deberse a compromiso de ambos esfínteres anales. Con estos elementos se decidió realizar una esfinteroplastia con superposición de cabos.

Se indicó 12 horas de ayuno y un enema de 500 ml de solución fisiológica 4 horas antes de la cirugía. Se administró 30 minutos antes de la incisión 1 g de ceftriaxona y 500 mg de metronidazol.

La paciente fue posicionada en navaja sevillana, con la camilla quebrada y un rollo de Kraske debajo de la cadera. Se le colocó una sonda vesical que se mantuvo durante las primeras 24 horas del posoperatorio. Se realizó asepsia y antisepsia del campo quirúrgico con yodopovidona al 10%. Se dio inicio con una incisión curvilínea en el tejido fibroso del cuerpo perineal, con bisturí frío (Fig. 2).

A continuación, se disecaron e identificaron por separado los haces del esfínter anal interno y externo. Se extendió la disección hasta la grasa de la fosa isquiorrectal, lo suficiente para un cierre sin tensión de los cabos esfinterianos, sin excederse para evitar lesiones neuromusculares. Al liberarlos del tejido fibroso

circundante, se preservó parte de la fibrosis en los extremos como un tejido más firme para anclar las suturas (Fig. 3).

Se continuó con la superposición del esfínter anal interno con 3 puntos separados de poliglactina 3-0 (Fig. 4A). Luego se procedió a la superposición de cabos del esfínter anal externo con 4 puntos en U de polidioxanona 3-0 (Fig. 4B). En ambos casos, los puntos fueron primero reparados y luego anudados secuencialmente teniendo en cuenta la tensión para evitar lesiones de los haces musculares. Durante toda la cirugía, se mantuvo un anoscopio en el conducto anal que permitió la calibración del orificio luego de restaurada la anatomía del esfínter, previniendo la estrechez del conducto. El cierre de la piel se realizó con poliglactina 3-0 en forma de Y, evitando la hermeticidad de la piel mediante un drenaje laminar de goma en el lecho quirúrgico, que fue retirado luego de 24 horas (Fig. 5).

La estadía hospitalaria fue de 72 horas, durante las cuales se indicó tratamiento antibiótico endovenoso con el mismo esquema prequirúrgico. La alimentación vía oral fue iniciada el mismo día del procedimiento, indicando una dieta rica en fibra. Al alta se mantuvo el régimen alimentario y se indicó lactulosa 15 ml con el almuerzo y la cena por 14 días (*Lactulón jarabe*, LAZAR, Munro, Argentina). Se sugirió evitar el coito anovaginal por 3 meses y se dieron pautas de higiene perineal.

La paciente evolucionó favorablemente con mejoría de los síntomas en los controles postoperatorios (Fig. 6), presentando al año de la cirugía un score de Cleveland⁷ de 2/20 (pérdida de materia fecal líquida y gases menos de una vez al mes) y una manometría con leve hipotonía anal y presión circunferencial completa.



Figura 1. Semiólogía preoperatoria. Ausencia del tabique rectovaginal en el tercio inferior con solución de continuidad entre el ano y la vagina, secuela de lesión obstétrica.

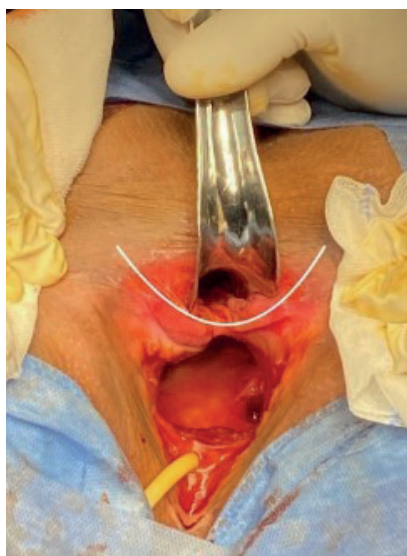


Figura 2. Reparación quirúrgica de la lesión obstétrica. Incisión curvilínea entre el recto y la vagina, sobre el tabique fibroso (línea blanca).

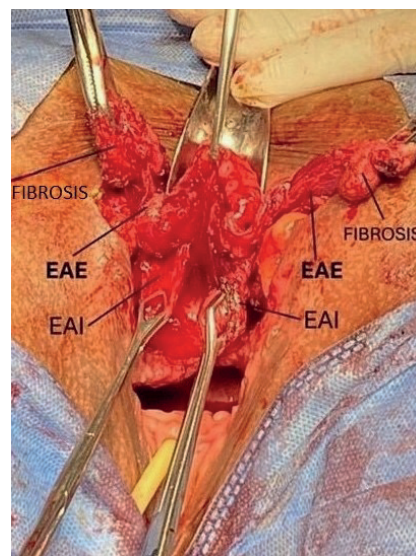


Figura 3. Luego de la disección completa se pueden observar los cabos del esfínter anal interno (EAI) y del esfínter anal externo (EAE) con parte de la fibrosis preservada.

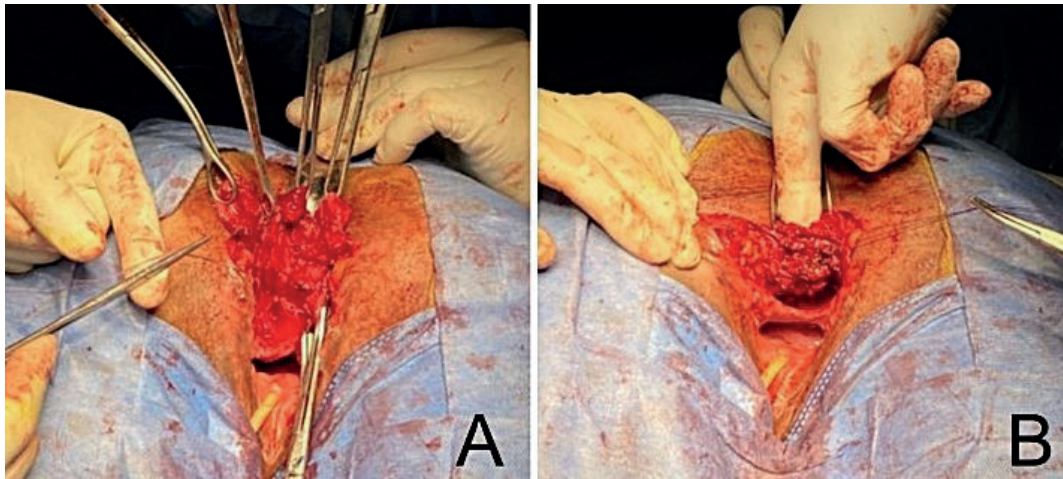


Figura 4. Sutura de ambos esfínteres por separado. **A.** Superposición de los cabos del esfínter anal interno con puntos separados de poliglactina 3-0. Puntos reparados previo al anudado. **B.** Superposición de cabos del esfínter anal externo con puntos en U de polidioxanona 3-0. Calibrado digital antes de anudar.

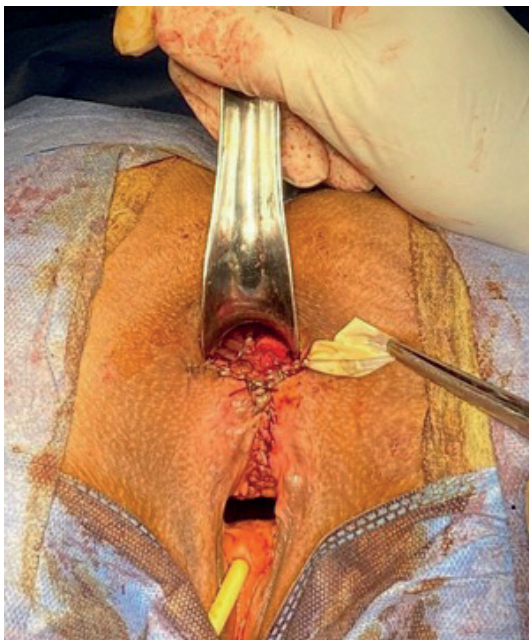


Figura 5. Cierre vertical de la incisión para ensanchar el espacio entre el recto y la vagina, dejando un drenaje laminar de goma.



Figura 6. Control en consultorio a los dos meses del reparo de la lesión obstétrica.

DISCUSIÓN

La reparación de la lesión obstétrica del esfínter anal tiene dos técnicas principales, la anastomosis termino-terminal de los cabos y la superposición de los cabos (Tabla 1).⁸

La primera propuesta de superposición de los cabos fue descrita en 1971 por Parks y McPartlin.⁹ Presentaron una serie de 20 pacientes con lesión del esfínter anal de variada etiología, incluyendo 4 casos de lesión posparto con intento fallido de reparación mediante las técnicas convencionales.

Previamente a la cirugía de reparación, el tránsito intestinal fue derivado mediante una colostomía en todos los pacientes, excepto en 2 que se rehusaron. En el trabajo se detalla la reparación con superposición de cabos manteniendo parte del tejido fibroso en el extremo medial de los haces musculares, sin separar los haces del esfínter anal interno del externo. Los autores ponen énfasis en la desfuncionalización colónica preoperatoria como requisito para el éxito, mostrando buenos resultados en todos los casos, excepto en aquellos que rechazaron la colostomía.

TABLA 1. Comparación técnica de reparación con superposición.

Autor y año de publicación	Número de pacientes	Fibrosis	EAI *	EAE †
Parks y McPartlin 1971 ⁹	20	Conservada	Reparación en bloque	
Wexner 1991 ¹⁰	16	Conservada	Plicatura	Superposición
García - Armengol 2021 ¹¹	30	No conservada	Plicatura	Superposición

*EAI: Esfínter Anal Interno. †EAE: Esfínter Anal Externo.

En 1991 Wexner et al.¹⁰ publicaron su serie de 16 mujeres con lesión traumática aislada del esfínter anal externo, 15 de las cuales tenían antecedente de episiotomía y la mayoría intentos previos de reparación del esfínter. En su técnica describen la disección e identificación de los esfínteres por separado. El esfínter anal interno en todos los casos se encontraba indemne y fue plicado, procediendo luego con la superposición del esfínter anal externo preservando parte del tejido fibroso en los extremos de los haces musculares. Vale destacar que en el protocolo utilizado postula la preparación mecánica intestinal como único tratamiento preoperatorio del colon. Ningún paciente tuvo una colostomía antes o luego de la cirugía y cita distintos trabajos en los cuales el éxito quirúrgico no se relaciona con la presencia de una ostomía.

En 2021, García-Armengol et al.,¹¹ presentaron su serie de 30 pacientes con lesión del esfínter anal interno y externo con defectos menores de 180° sin detallar la etiología. En dicho trabajo, modificaron la técnica propuesta por Wexner et al.¹⁰ y la denominaron “*esfinteroplastia anatómica mediante la reconstrucción combinada del esfínter anal interno y externo*”, haciendo hincapié en una disección minuciosa de ambos esfínteres por separados, incluso hasta identificar claramente ambas lazadas del haz puborrectal. Posteriormente, realizan una plicatura del EAI de al menos 4 cm de longitud con el fin de mejorar la presión del conducto anal en reposo en profundidad. En cuanto a la reparación del EAE, realizaron la superposición de los cabos cuidando de remover el tejido fibroso previamente.

En nuestro caso, se realizó la disección e individualización de ambos esfínteres, manteniendo parte del tejido fibroso en el extremo de los haces musculares. A diferencia de las técnicas anteriormente mencionadas, dado que tanto el EAI y el EAE estaban seccionados en más de 180°, se realizó la superposición individual de cada uno de ellos, con un buen resultado funcional al año de la reparación. Se decidió no plantear a la paciente la necesidad de una colostomía previa al procedimiento, basado en la bibliografía actual.⁸ La administración de antibióticos por 72 horas posteriores a la cirugía fue indicada en base a la experiencia personal del grupo tratante, pero puede limitarse al tiempo preoperatorio.^{12,13}

CONCLUSIÓN

La técnica de reparación con superposición de cabos del esfínter anal aún se encuentra vigente desde su primera publicación hace más de 50 años. Se han publicado diferentes variantes a lo largo del tiempo.

Nuestro caso presenta la disección de ambos esfínteres anales, interno y externo, la preservación del tejido fibroso en el extremo medial y la sutura con superposición de los cabos de ambos esfínteres por separado, sin ostomía de derivación. Con esta técnica se obtuvo un buen resultado funcional a corto plazo a pesar que el defecto superaba los 180°.

REFERENCIAS

1. Meister MRL, Cahill AG, Conner SN, Woolfolk CL, Lowder JL. Predicting Obstetric Anal Sphincter Injuries in a Modern Obstetric Population. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(3):310.e1-7.
2. Sultan AH. Editorial: Obstetrical Perineal Injury and Anal Incontinence. *Clinical Risk*. 1999;5(6):193-6.
3. 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*. 2008;115(7):857-65.
4. Rygh AB, Körner H. The Overlap Technique Versus End-To-End Approximation Technique for Primary Repair of Obstetric Anal Sphincter Rupture: A Randomised Controlled Study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(10):1256-62.
5. Gehrich AP, McClellan E, Gillern S. Surgical Repair of an Obstetric Cloaca with Review of the Literature. *BMJ Case Rep*. 2021;14(1):e234321.
6. Fernando RJ, Sultan AH, Kettle C, Thakar R. Methods of Repair for Obstetric Anal Sphincter Injury. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, Editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 8 de diciembre de 2013. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002866.pub3>
7. Jorge MJN, Wexner SD. Etiology and Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97.
8. Dorcaratto D, Martínez-Vilalta M, Parés D. Current Indications, Surgical Technique and Results of Anterior Sphincter Repair as a Treatment of Faecal Incontinence. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2010;87(5):273-81.
9. Parks AG, McPartlin JF. Late Repair of Injuries of the Anal Sphincter. *Proc Royal Soc Med*. 1971;64(12):1187-89.
10. Wexner SD, Marchetti F, Jagelman DG. The role of sphincteroplasty for fecal incontinence reevaluated: a prospective physiologic and functional review. *Dis Colon Rectum*. 1991;34(1):22-30.
11. García-Armengol J, Martínez-Pérez C, Roig-Vila JV. Esfinteroplastia anatómica mediante reconstrucción combinada del esfínter anal interno y externo en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia anal. *Cir Esp*. 2022;100(9):580-84.
12. Moscovitz I, Rotholtz NA, Baig MK, Zhao RH, Lam DTY, Nogueras JJ, et al. Overlapping Sphincteroplasty: Does Preservation of the Scar Influence Immediate Outcome? *Colorectal Dis*. 2002;4(4):275-79.
13. McDonald M, Grabsch E, Marshall C, Forbes A. Single - Versus Multiple - Dose Antimicrobial Prophylaxis for Major Surgery: A Systematic Review. *Aust N Z J Surg*. 1998;68(6):388-96.