

# Primigesta con dehiscencia de episiorrafia y fístula rectovaginal

Leticia de Anda Aguilar<sup>a</sup>, Ana Karen Castañeda Solís<sup>b</sup>, Jorge A. Pérez Castro y Vázquez<sup>b</sup>

## OBJETIVO

Revisar un caso clínico problema que permita la integración de conocimientos básicos clínicos de prevención, diagnóstico y tratamiento de una paciente con dehiscencia en episiorrafia posparto eutócico.

## MOTIVO DE LA QUEJA

La paciente consideró la atención carente e inoportuna para la resolución de su problema, y observó un retraso en la atención, ya que tuvo que esperar 4 meses para ser atendida, lo que favoreció su afectación. Por lo anterior, denunció los hechos como delito de la práctica médica.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 23 años de edad, primigesta, sin antecedentes patológicos o heredofamiliares, con tabaquismo positivo previo al embarazo, y adecuado control prenatal.

Cursó con un embarazo normoevolutivo y acudió a valoración por dolor obstétrico, por lo que ingresó a Sala de Labor de un Hospital General



para conducción de trabajo de parto con evolución favorable. Se atendió un parto en el que se obtuvo un producto único, vivo, con peso de 2,780 g.

Se realizó una episiotomía media, sin prolongación y sin evidencia de desgarro de periné. Egresó a su domicilio al día siguiente, sin ninguna eventualidad. En el séptimo día de posparto acudió a valoración porque presentó salida de materia fecal por el introito vaginal.

En la nota de atención del parto no se documentó desgarro o lesión vaginal. Fue intervenida con diagnóstico de dehiscencia de episiorrafia, por lo que se le realizó reparación de la dehiscencia de episiorrafia sin evidencia de fístula, con hallazgo transoperatorio de desgarro de 4<sup>to</sup> grado de aproximadamente 3 cm con tejido fibroso fiable, el cual se reparó, con estancia intrahospitalaria de 6 días.

Posterior a su egreso, 2 días después, presentó nuevamente salida de material fecal por introito

<sup>a</sup>Dirección General de Arbitraje. CONAMED. Ciudad de México.

<sup>b</sup>Subcomisión Médica. CONAMED. Ciudad de México.

**Tabla 1.** Clasificación de desgarros perineales

<b>1º grado</b>	Lesión de piel perineal		
<b>2º grado</b>	Lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal		
<b>3º grado</b>	Lesión del esfínter anal	3a	Lesión del esfínter externo < 50%
		3b	Lesión del esfínter externo > 50%
		3c	Lesión de esfínter externo e interno
<b>4º grado</b>	Lesión del esfínter anal y la mucosa rectal		

vaginal, por lo que acudió a otra institución de carácter público, en donde se realizó diagnóstico de fístula recto-vaginal y se inició tratamiento con antibióticos; además se sugirió su envío al servicio de coloproctología y se le refirió a un hospital de tercer nivel, ya que esa unidad no contaba con servicio de proctología. Dicho servicio valoró a la paciente y estableció que no era el momento adecuado para su resolución, sugirió esperar 4 meses para su evolución y manejo. Esto ante la necesidad de esperar a que mejoraran las condiciones de la herida, por la mala calidad de los tejidos, la herida contaminada y el alto riesgo de complicación infecciosa. Por las razones antes referidas, se inició el protocolo de estudio para cirugía reconstructiva.

Meses después se efectuó la cirugía y se encontró una lesión anterior del esfínter anal interno y externo en la totalidad de la longitud del conducto anal en un radio de las 4 a las 7 horas, basado en las manecillas del reloj, así como tabique anovaginal delgado, por lo que se realizó esfinteroperineoplastia sin evidencia de complicaciones, descrito en nota quirúrgica. La paciente presentó mejoría, por lo que se decidió darla de alta a su domicilio.

## ANÁLISIS TEÓRICO

La episiotomía es considerada una cirugía menor que ensancha la abertura de la vagina durante el parto. Es un corte en el perineo (la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano). Existen varios tipos de episiotomía, la episiotomía media lateral se asocia a menos lesiones del esfínter anal y rectal<sup>1,2</sup>.

La episiotomía complicada es la presencia de agravamiento de ésta; entre las causas más frecuentes se encuentran: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección y dehiscencia<sup>2</sup>.

Inicialmente, se recomendó la episiotomía como

una forma de facilitar los eventos de la segunda etapa del trabajo de parto, reducir el trauma y la morbilidad materna y neonatal asociados con el parto. Los beneficios descritos incluían: facilidad de reparación en comparación con una laceración perineal espontánea, disminución del dolor posparto y reducción de laceraciones graves o de 3º o 4º grado.

Sin embargo, en los años setenta y ochenta, los obstetras comenzaron a cuestionar el uso rutinario de la episiotomía. Un creciente cuerpo de evidencia demostró las consecuencias potenciales de la episiotomía, que incluían un mayor riesgo de extensión a laceraciones perineales graves, dispareunia y futura disfunción del suelo pélvico<sup>3</sup>.

La clasificación descrita por Sultan y aceptada por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) clasifica los desgarros perineales en 4 grados, subdividiendo el 3º grado en 3 subgrupos (tabla 1).

Esta clasificación aporta un valor pronóstico del desgarro. Los desgarros de grado 3c presentan el doble de riesgo de incontinencia anal posterior comparados con los de grado 3b y, a su vez, estos el doble que los de 3º grado. En el caso de tener duda respecto del grado de desgarro (3º o 3b), se debe optar por la opción más grave.

Puede detectarse una lesión de la mucosa rectal con integridad del esfínter anal interno y externo, que es importante reparar correctamente, ya que puede condicionar complicaciones tales como las fístulas rectovaginales<sup>4</sup>.

Los desgarros de 3º y 4º grado son la causa más frecuente de incontinencia anal después del parto. Afectan a 1 de cada 20 mujeres, un tercio de éstas por lesión no diagnosticada (oculta) y lesión reconocida; con reparación primaria se encuentra entre 15 y 59%.

En desgarros con lesión del esfínter anal externo, existen 2 técnicas quirúrgicas en su reparación: término-terminal (aproximación) y/o reparación con superposición, con puntos de sutura separados o interrumpidos.

Se revisó un metaanálisis sobre el beneficio de la técnica de sutura término-terminal o reparación con superposición; la segunda mostró menor riesgo de síntomas de incontinencia anal y urgencia fecal a los 2 meses de seguimiento posquirúrgico. Otro metaanálisis demostró que las técnicas de sutura continua, comparadas con las suturas interrumpidas para el cierre perineal (todas las capas o piel perineal solamente), se asocian con menos dolor, reducción general del uso de la analgesia, menor dispareunia; pero no observó ninguna diferencia significativa en la necesidad de volver a suturar las heridas o el dolor a largo plazo<sup>2</sup>.

La nuliparidad es considerada un factor de riesgo predisponente para trauma perineal, especialmente para desgarros severos, ya que hasta 80 u 85% de las mujeres que presentan un desgarro severo son nulíparas<sup>5</sup>. El periné de las primigestas es menos flexible, ya que nunca se ha sometido a distensión<sup>2</sup>.

Los factores de riesgo asociados con complicaciones de la episiotomía son: episiotomía rutinaria, nuliparidad, trauma perineal (periodo expulsivo prolongado, distocia de hombros, parto instrumentado, feto mayor de 4 kg, variedad de posición occipitoposterior persistente), episiotomía media, infecciones genitales previas, exploraciones vaginales innecesarias, desgarros cervicales, de vagina y perineales; explícitamente, cualquier distocia de partes blandas, desproporción cefalopélvica (DCP), falta de regulación de la expulsión.

La incidencia de la dehiscencia de la episiorrafia se encuentra entre 0.1 y 2.1%. Existen factores predisponentes tales como infección bacteriana de la piel, técnica de aseo deficiente, estreñimiento, virus de papiloma humano, hábito tabáquico y la hemorragia excesiva o formación de hematomas secundarios a trastornos de la coagulación heredados o adquiridos.

Es importante señalar que dentro de los criterios de resutura en desgarros de 2<sup>do</sup>, 3<sup>er</sup> y 4<sup>to</sup> grado se encuentran: herida libre de infección, celulitis y exu-

dado, así como cubierta por tejido de granulación. El tiempo no es una premisa a considerar<sup>2</sup>.

Los desgarros de 4<sup>to</sup> grado se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal. Se recomienda el uso de antibióticos<sup>2</sup>.

Una fístula rectovaginal es una comunicación entre el recto y la vagina. Los gases o las heces pueden filtrarse desde el intestino hacia la vagina. Las fístulas rectovaginales son poco frecuentes, tienen una incidencia menor a 5% respecto de otros tipos de fístulas de la región anorrectal. Las fístulas rectovaginales más frecuentes en las series publicadas son las secundarias a trauma obstétrico espontáneo o iatrogénico (88%).

Las fístulas rectovaginales de origen obstétrico son poco frecuentes, y lo más importante en la planificación de la cirugía reparadora es la evaluación preoperatoria del daño del aparato esfinteriano y efectuar la reparación simultánea, independientemente de que el abordaje preferido sea por vía endorrectal, perineal o vaginal. Actualmente se cuenta con ultrasonografía endorrectal, que se destaca en la literatura pertinente como una técnica de gran sensibilidad y especificidad para precisar el eventual daño del esfínter. La técnica del avance de un colgajo por vía rectal es familiar para el coloproctólogo y ofrece porcentajes de éxito de 88 a 100%<sup>2</sup>.

Es de considerar que el tiempo para efectuar el cierre de la fístula rectovaginal está condicionado al estado del tejido, el establecimiento y limitación de la fístula; huelga señalar la perfecta identificación del trayecto.

Es importante determinar el grado de continencia de la paciente. Durante la exploración física se debe palpar el tabique rectovaginal mediante tacto bidigital, lo que en muchas ocasiones permite palpar la zona de fibrosis correspondiente a la fístula; también es útil identificar si existe o no cicatriz posquirúrgica previa en el periné. En las fístulas rectovaginales altas, el diagnóstico puede ser confirmado mediante estudios contrastados, de manera alternativa se puede realizar el estudio de colon por enema con doble contraste; la tomografía computarizada de pelvis y abdomen con medio de contraste por vía intestinal es útil, y el ultrasonido<sup>6</sup>.



## EJERCICIO DE REFORZAMIENTO

### 1. Son las complicaciones inmediatas, más frecuentes de una episiotomía:

- a) Dispareunia, fístula rectovaginal y endometriosis sobre cicatriz de episiotomía.
- b) Distopia del piso pélvico e incontinencia urinaria.
- c) Rash, eritema, hemorragia y prurito.
- d) Infección, hemorragia, hematoma y dehiscencia.

### 2. Son datos de sospecha de infección de episiotomía:

- a) Dolor en el sitio de episiotomía, secreción purulenta, edema y fiebre.
- b) Dehiscencia, hemorragia y puntos de sutura sueltos.
- c) Desgarro, pérdida de la sensibilidad y rigidez.
- d) Secreción, pérdida de la sensibilidad y retracción vulvar.

### 3. ¿Cuál es el tipo de episiotomía que se asocia a mayor tasa de desgarros rectales?

- a) Lateral.
- b) Media lateral.
- c) Media.
- d) Lateral posterior.

### 4. Según la clasificación por desgarros perineales descrita por Sultan, se considera un desgarro de 4to grado, aquel que incluye:

- a) Lesión del esfínter anal externo > 50%.
- b) Daño al perineo, involucrando el esfínter anal completo y el epitelio anal.
- c) Desgarro con afectación del esfínter anal interno.
- d) Daño a músculos perineales, pero sin daño al esfínter anal.

Respuestas: 1: d; 2: d; 3: c; 4: b.

## REFORZAMIENTO

La técnica de reparación con superposición en los desgarros del esfínter anal está recomendada para reducir a largo plazo la incontinencia anal y la urgencia fecal.

Los desgarros de 4<sup>to</sup> grado se pueden contaminar con bacterias del recto, lo que aumenta significativamente las probabilidades de infección de la herida perineal.

Entre los factores de riesgo para desgarros de mayor nivel se encuentran: peso fetal mayor de 4 kg, posición occipitoposterior, nuliparidad, inducción del trabajo de parto, segundo periodo de parto prolongado, distocia de hombros, episiotomía media, parto con fórceps.

El diagnóstico de desgarro se hace por inspección directa del canal de parto.

Son datos de sospecha de infección de episiotomía: dolor en el sitio de episiotomía, secreción purulenta, edema y fiebre.

En la episiotomía, los errores más frecuentes por los que se presentan complicaciones, son: episiotomía corta, realización de episiotomía precozmente antes de la coronación, realización tardía.

Entre las complicaciones inmediatas frecuentes de una episiotomía se encuentran: hemorragia, hematoma, desgarros, edema, infección, dehiscencia. Las complicaciones tardías corresponden a: el dolor perineal con o sin vida sexual, proceso de adherencias o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula vestibular mayor o de Bartholin por sección del conducto excreto, así como fístulas rectovaginales<sup>2</sup>.

## RECOMENDACIONES GENERALES

La episiotomía deberá realizarse si hay necesidad clínica, como un parto instrumental o ante un periné corto y/o rígido que afecte el estado fetal. La técnica recomendada es la episiotomía medio-lateral, comenzando en la comisura posterior de los labios menores y dirigida habitualmente hacia el lado derecho. El ángulo respecto del eje vertical deberá estar entre 45 y 60 grados<sup>7</sup>.

Existen técnicas que disminuyen el traumatismo perineal al reducir el diámetro de la cabeza fetal que se presenta a través de la apertura vaginal de la





mujer. En la maniobra de Ritgen, el mentón fetal se alcanza entre el ano y el cóccix, y se tira interiormente, mientras se utilizan los dedos de la otra mano sobre el occipucio fetal para controlar la velocidad del parto y mantener la flexión de la cabeza fetal; la maniobra de Ritgen se denomina “modificada” cuando se realiza durante una contracción, en lugar de entre las contracciones, como originalmente se recomendó<sup>8</sup>.

La resolución del embarazo por vía vaginal deberá ser vigilada por asistentes expertos durante el parto, de forma puntual, a efecto de identificar oportunamente los factores que contribuyan a una complicación en su atención.

El diagnóstico de infección debe ser sustentado en la historia clínica obstétrica de calidad que compile todos los antecedentes y evolución del embarazo, los síntomas y signos detectados en el examen físico de la paciente. En un estudio clínico, el uso de antibióticos profilácticos en desgarros de 3<sup>er</sup> y 4<sup>to</sup> grado en el posparto, mostró una menor tasa de complicaciones de la herida perineal en el grupo con antibiótico profiláctico respecto al grupo placebo<sup>2</sup>.

Ante la duda de desgarro o dehiscencia de episiotomía, se debe realizar una revisión temprana para evitar complicaciones tardías. Ante la dehiscencia o infección de la herida se recomienda desbridamiento, limpieza extenuante de la herida, antibio-

ticoterapia, resutura cuando la herida esté libre de infección, celulitis y exudado.

## RECOMENDACIONES POR NIVEL DE ATENCIÓN

### Primer nivel

Documentar un adecuado control prenatal, realizar una valoración obstétrica completa, atención del momento del parto, detección y atención de factores de riesgo asociados a complicaciones de la episiotomía.

### Segundo nivel

Realizar higiene de manos y uso de guantes desechables, evitar tactos innecesarios, aplicar maniobras de protección perineal, emplear adecuada técnica de antisepsia en la atención del parto, fomentar el uso racional de episiotomía e informar a la paciente acerca de las complicaciones de realizarla, así como del cuidado de la herida y los datos tempranos de infección de la misma.

### Tercer nivel

Las pacientes que cursen con episiotomía complicada deberán tratarse en un centro especializado en ginecobstetricia o con las especialidades alternas para un manejo multidisciplinario (urología, coloproctología, etc.).

### ¿A QUÉ CONCLUSIONES SE LLEGÓ POR PARTE DE LA CONAMED PARA LA RESOLUCIÓN DEL DICTAMEN?

Se apreció que la atención otorgada a la paciente durante el control prenatal, la atención del parto y la atención otorgada en el puerperio tardío por la dehiscencia de episiorrafia y su resutura, estuvo apegada a los principios éticos y científicos que orientan a la práctica médica obstétrica.

La dehiscencia de la episiorrafia que presentó la paciente se debió a factores intrínsecos al proceso de la cicatrización de la paciente y no derivó de una reparación deficiente.

No se apreciaron alteraciones en la salud sujetas a clasificación médico-forense, en el sentido de que las alteraciones en la salud de la paciente no derivaron de causas externas, y por ello no están sujetas a clasificación forense. ●



*Para aumentar la interactividad entre el escritor y el lector, ponemos a sus órdenes el correo revista.publicacion-decasos@gmail.com, para cualquier duda o comentario.*

### REFERENCIAS

1. Rosenthal MT. Episiotomy and repair of the perineum. En: Pfenninger JL, Fowler GC (eds). *Pfenninger and Fowler's Procedures for Primary Care*. 3ra ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2011: Cap. 166.
2. Guía de práctica clínica "Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada". México: Secretaría de Salud, 2013. [Consultada: 3 abril 2017]. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
3. Lappen J. Episiotomy and Repair: Background, Indications, Contraindications [Internet]. Emedicine.medscape.com.2016. [Consultada: 3 abril 2017]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/2047173-overview>
4. Sociedad española de ginecología y obstetricia Lesión obstétrica del esfínter anal. Protocolo consensuado con la sección de suelo pélvico de la SEGO. Rev Elsevier. [Consultada: 7 de abril de 2017]. 2010;387-95. Disponible en: [https://xa.yimg.com/kq/groups/27500701/.../PDF\\_Lesion\\_obstetrica\\_esfinter\\_anal.pdf](https://xa.yimg.com/kq/groups/27500701/.../PDF_Lesion_obstetrica_esfinter_anal.pdf)
5. Ganapathy R, Bardis NS, Lamont RF. Secondary repair of the perineum following childbirth, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2008;28(6):608-13.
6. Cattáneo DO. Complicaciones urogenitales. Rev Argentina de Coloproctología. 2010;22:141-51.
7. Guía de práctica clínica "Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo". México: Secretaría de Salud, 2014 [Consultada: 4 abril 2017]. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
8. Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinar L. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. (Consultada: 7 de abril de 2017). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011;12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161407>