



## Revisión de conjunto

## Incontinencia fecal posparto. Revisión de conjunto



Rodolfo Rodríguez<sup>a,\*</sup>, Rafael Alós<sup>b</sup>, M. Soledad Carceller<sup>b</sup>, Amparo Solana<sup>b</sup>,  
Andrés Frangi<sup>a</sup>, M. Dolores Ruiz<sup>a</sup> y Roberto Lozoya<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Sagunto, Valencia, España

<sup>b</sup> Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Manises, Valencia, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 31 de mayo de 2014

Aceptado el 5 de octubre de 2014

On-line el 24 de noviembre de 2014

## Palabras clave:

Incontinencia fecal

Lesiones esfinterianas

Incontinencia obstétrica

Incontinencia posparto

## Keywords:

Fecal incontinence

Sphincter injuries

Obstetric incontinence

Postpartum incontinence

## RESUMEN

El desarrollo de incontinencia fecal tras el parto es un hecho frecuente. Esta incontinencia responde a una etiología multifactorial en la que el elemento más frecuente es la lesión del esfínter anal. Existen diversos factores de riesgo, que es muy importante conocer y evitar. La lesión esfinteriana puede producirse por desgarro perineal o en ocasiones por la realización de una episiotomía de forma incorrecta. Es muy importante reconocer la lesión cuando se produce y repararla de forma adecuada. El traumatismo de los nervios pudendos puede incrementar el efecto de las lesiones esfinterianas directas. Es frecuente la persistencia de incontinencia a pesar de la reparación esfinteriana primaria. La esfinteroplastia quirúrgica es el tratamiento estándar de las lesiones esfinterianas obstétricas, sin embargo, las terapias de estimulación eléctrica sacra o tibial están siendo aplicadas en pacientes con lesiones esfinterianas no reparadas, con resultados prometedores.

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Postpartum incontinence. Narrative review

## A B S T R A C T

The development of fecal incontinence after childbirth is a common event. This incontinence responds to a multifactorial etiology in which the most common element is external anal sphincter injury. There are several risk factors, and it is very important to know and avoid them. Sphincter injury may result from perineal tear or sometimes by incorrectly performing an episiotomy. It is very important to recognize the injury when it occurs and repair it properly. Pudendal nerve trauma may contribute to the effect of direct sphincter injury. Persistence of incontinence is common, even after sphincter repair. Surgical sphincteroplasty is the standard treatment of obstetric sphincter injuries, however, sacral or tibial electric stimulation therapies are being applied in patients with sphincter injuries not repaired with promising results.

© 2014 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rodolfoforrodriguez8700@gmail.com](mailto:rodolfoforrodriguez8700@gmail.com) (R. Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.002>

0009-739X/© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Introducción

Existe una alta frecuencia de incontinencia fecal tras el alumbramiento. Estudios de prevalencia en distintas poblaciones, así como de series de mujeres estudiadas tras el parto en algunos centros, han puesto de manifiesto tasas globales de incontinencia que pueden oscilar entre el 4 y el 59%<sup>1-11</sup>. En nuestro medio, una serie de cohortes española de más de 1.000 nulíparas encontró una incidencia de incontinencia fecal en el posparto inmediato del 7,3%<sup>12</sup>.

Llama la atención la variabilidad de las incidencias publicadas. Esto quizá sea debido a que la mujer no consulta en muchas ocasiones, a que el obstetra no busca este dato en todos los casos, a que existen grados muy variables en los escapes, que además pueden variar con el tiempo, y a la dificultad de la medición de síntomas subjetivos.

La incontinencia fecal posparto obedece a una etiología multifactorial y su abordaje requiere una actuación multidisciplinar, por lo que su manejo resulta en ocasiones complejo y los resultados de los tratamientos, desalentadores.

El objetivo de este artículo es proporcionar una actualización de diferentes aspectos clave de la incontinencia fecal de origen obstétrico, mediante una revisión de la literatura, y conjugarla con la propia experiencia de nuestro grupo con el fin de determinar cuál debería ser el manejo más adecuado de esta afección.

## Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura existente utilizando las bases de datos PUBMED y COCHRANE. Como criterios de búsqueda se han utilizado las palabras clave: «incontinencia fecal posparto, incontinencia fecal obstétrica, lesiones obstétricas y esfínter anal, desgarros perineales y esfínter anal, lesiones esfínter anal posparto». Se han incluido trabajos publicados desde 1990 hasta la actualidad.

## Causas de incontinencia fecal tras el alumbramiento

Durante el parto, existen diversas situaciones que pueden condicionar el desarrollo de lesiones del compartimento posterior y que, potencialmente, producirán una incontinencia fecal subsiguiente.

En primer lugar, es frecuente la aparición de un desgarro perineal durante el expulsivo. Este desgarro perineal, en ocasiones, puede llegar a afectar la musculatura esfinteriana anal, frecuentemente el esfínter anal externo, encargado de la continencia fecal voluntaria. La tasa de lesiones del esfínter anal es variable, pero oscila entre 2 y 30% en las distintas series<sup>3,13-17</sup>.

La práctica de una episiotomía, realizada en ocasiones para favorecer la salida del feto, puede fuertemente relacionarse con lesiones esfinterianas producidas directamente por la propia episiotomía, realizada de forma incorrecta y seccionando fibras esfinterianas<sup>2,3,14,18</sup>.

Otra lesión frecuente durante el parto es la lesión de los nervios pudendos<sup>6,19-22</sup>. Dicha lesión parece que no es

secundaria a un traumatismo directo durante el parto sino más bien a una tracción-alargamiento sufrida durante la distensión del periné en un trabajo de parto prolongado.

Finalmente, el traumatismo y lesión de otros músculos del periné, principalmente el puborrectal y otros fascículos del músculo elevador del ano, pueden incrementar las lesiones del compartimento posterior y aparato esfinteriano, agravando sus consecuencias.

La disposición del compartimento perineal posterior con respecto al canal del parto es el determinante de que puedan producirse con frecuencia lesiones en dicho compartimento. Esta disposición es en J, donde el fondo de la J lo constituye el recto. Las fuerzas axiales desarrolladas durante el parto inciden a modo de pivote sobre el compartimento posterior, que se ve traumatizado<sup>23</sup>.

## Clasificación de los desgarros perineales

La clasificación de los desgarros perineales producidos durante el parto se basa en las capas anatómicas lesionadas en los compartimentos medio y posterior (piel mucosa y musculatura)<sup>24</sup> (tabla 1).

Está basada en los elementos implicados o lesionados por el desgarro. La laceración que se inicia generalmente en la mucosa vaginal puede progresar según su intensidad y lesionar respectivamente (de delante a atrás) la musculatura del periné, el esfínter anal externo, el esfínter anal interno y finalmente la mucosa anal. En este último caso se produciría una comunicación completa anovaginal y la no reparación o su fallo daría lugar a una fístula rectovaginal. En caso de dudas sobre los planos anatómicos afectados durante un desgarro debe clasificarse como el de grado más alto.

Las lesiones grado 3 y 4 son las que llegan a afectar el aparato esfinteriano anal y pueden producir incontinencia fecal.

## Factores de riesgo relacionados con lesiones esfinterianas durante el parto

Existen multitud de estudios en la literatura que intentan buscar con evidencia científica cuáles son los factores del alumbramiento que pueden favorecer la aparición de incontinencia fecal posparto o la producción de lesiones esfinterianas<sup>2,3,9,10,15,18,25,26</sup>. (tabla 2).

La episiotomía se ha relacionado con incontinencia fecal por lesión esfinteriana directa<sup>2,3,15,18</sup>. Algunos estudios han demostrado que la realización sistemática de la episiotomía

**Tabla 1 – Clasificación de los desgarros obstétricos**

Grado 1	Laceración del epitelio vaginal
Grado 2	+ Laceración de la musculatura perineal
Grado 3	+ Laceración del esfínter anal
3a	<50% grosor del esfínter externo
3b	>50% grosor del esfínter externo
3c	Afecta al esfínter interno
Grado 4	Lesión del epitelio anal

Fuente: Sultan et al.<sup>24</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252061>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252061>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)