

Episiotomía y disfunciones del piso pélvico femenino

Rodrigo Guzmán R.⁽¹⁾, María Cristina Aleualli A.⁽²⁾, Ariel Castro L.⁽³⁾, Michel Naser N.⁽¹⁾, Carlos Wenzel D.⁽¹⁾, Daniela Castro C.⁽¹⁾, Valentín Manríquez G.⁽¹⁾.

⁽¹⁾Unidad de Piso Pélvico Femenino, Departamento de Ginecología y Obstetricia, HCUCH.

⁽²⁾Unidad de Apoyo a la Investigación Clínica, Departamento de Ginecología y Obstetricia, HCUCH.

⁽³⁾Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica, HCUCH.

SUMMARY

Pelvic floor dysfunctions are highly prevalent in our population significantly affecting the quality of life of women. Pregnancy and childbirth are well recognized risk factors. It has recently become clear that pelvic floor trauma encompass more than perineal trauma or "what one could see in the delivery room." The levator ani muscle may be affected at birth with the loss of the integral structure of the pelvic floor support, secondarily triggering the descent of the pelvic organs. The overdistension of the urogenital hiatus and anal sphincter injuries can also be consequences of a vaginal birth. An episiotomy is an intervention that seeks to facilitate the expulsion of the fetus expanding the perineum preventing tissue distension and perineal tear. However, this claim raised by its developer has no scientific basis. Today the restrictive practice of this procedure is recommended, given the potential complications that may arise when it is systematically performed. Despite this recommendation, there are no conclusive studies that explore the role that episiotomy has in obstetric pelvic floor trauma.

Fecha recepción: noviembre 2015 | Fecha aceptación: diciembre 2015

INTRODUCCIÓN

Las disfunciones del piso pélvico femenino tienen una alta prevalencia en nuestra población, presentando problemas como el prolapso genital, incontinencia urinaria o fecal⁽¹⁾, condiciones que afectan de manera importante la calidad de vida de las mujeres que las padecen. El embarazo y parto pueden afectar en forma negativa la anatomía y función del piso pélvico, sobre todo en primíparas⁽²⁻⁴⁾, constituyendo un factor de riesgo importante para el

desarrollo de las patologías mencionadas⁽⁵⁻⁷⁾. La episiotomía en la atención del parto es una intervención muy frecuente. Algunos estudios sugieren que la episiotomía aumenta la probabilidad de desarrollar disfunciones del piso pélvico; sin embargo, una revisión sistemática concluye que el efecto de la episiotomía en el desarrollo de las disfunciones del piso pélvico permanece desconocido⁽⁸⁾. En esta revisión abordaremos los conceptos actuales del trauma del piso pélvico, asociado al parto vaginal y el conocimiento que existe sobre el rol que tiene la episiotomía en él.

DISFUNCIONES DEL PISO PÉLVICO

La incontinencia urinaria, el prolapso genital y la incontinencia fecal son patologías con una alta prevalencia a nivel mundial⁽¹⁾. Se estima que 1 de 10 mujeres padecerá de alguna condición que afectará su piso pélvico a tal punto de que requerirá de una cirugía para su corrección⁽⁹⁾. En Chile no contamos con estadísticas fidedignas que nos informen de cuál es la magnitud de este problema; sin embargo, sabemos que en nuestro país existen cerca de 1.950.000 mujeres del grupo etario de 45 a 64 años, que representan más del 11,4% de todas las mujeres del país (INE, 2011). Por lo tanto, extrapolando la información sobre la prevalencia de estas patologías a nivel internacional, podríamos decir que alrededor de 200.000 mujeres necesitan ser operadas por alguna patología del piso pélvico. Estas patologías se traducen en un factor muy importante en detrimento de la calidad de vida de estas mujeres, representando un verdadero problema de salud pública. Es por esta razón que identificar potenciales intervenciones de carácter preventivo, como puede o no ser la episiotomía, es fundamental para apuntar hacia una reducción en la incidencia de este grupo de patologías.

TRAUMA OBSTÉTRICO DEL PISO PÉLVICO

El trauma obstétrico del piso pélvico se encuentra relacionado directamente con el riesgo de desarrollar patologías del piso pélvico. Recientemente se ha vuelto claro que el trauma del piso pélvico compromete mucho más que el trauma perineal o “aquello que uno debe suturar en la sala de parto”. El músculo elevador del ano (MEA) se puede ver afectado con el paso del feto por el canal del parto. Se ha establecido una incidencia de un 10 al 30 % en la avulsión del músculo elevador del ano posterior a un parto vaginal^(10,11). La avulsión o trauma macroscópico del MEA consiste en la desinserción completa o parcial del haz puborectal de la rama inferior del pubis, que puede ser evidenciado por medio del estudio de imágenes a través de la resonancia nuclear magnética o el ultrasonido de piso pélvico (Figura 1). La presencia de una avulsión del MEA determina la pérdida de la estructura integral del soporte del piso pélvico, gatillando secundariamente el descenso de los órganos pélvicos, especialmente del compartimiento anterior (cistocele) y apical (prolapso uterino o de cúpula vaginal)⁽¹²⁾. La sobredistensión del hiato urogenital o “microtrauma” es otro tipo de lesión que puede sufrir el MEA como consecuencia de un parto vaginal. Este tipo de trauma puede

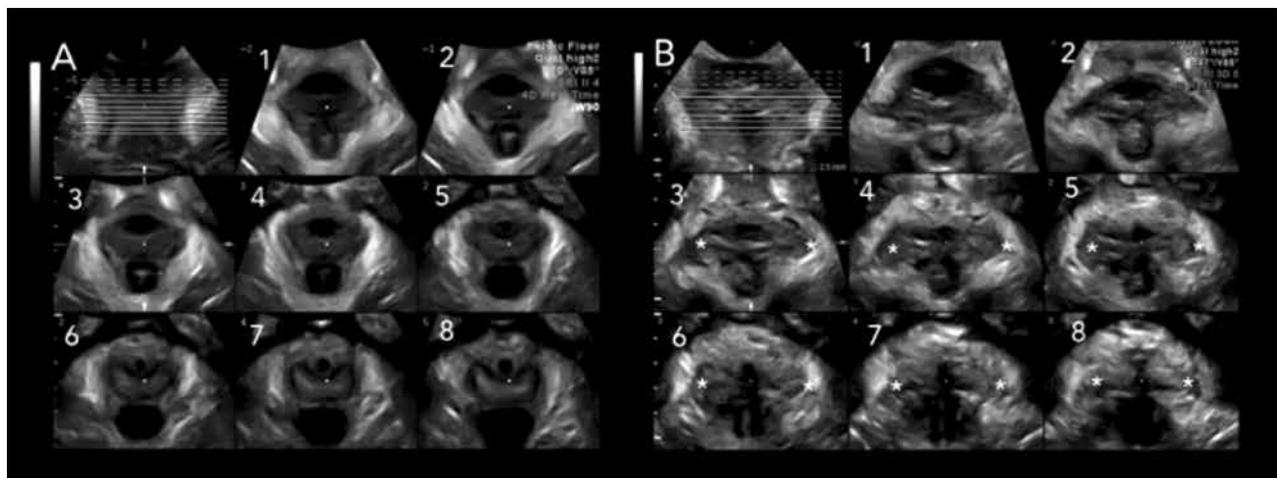


Figura 1. Ultrasonido tomográfico del piso pélvico representando la visión del MEA en el plano axial. En “A” se observa el ultrasonido tomográfico de una paciente con un elevador del ano intacto y en “B” una paciente con una avulsión completa bilateral del elevador del ano señalado con *.

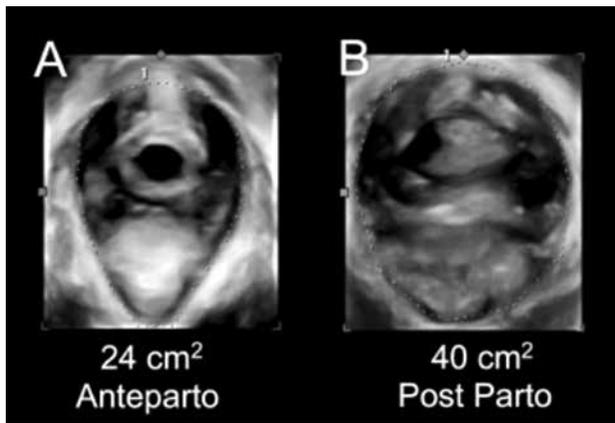


Figura 2. Ultrasonido de piso pélvico del hiato urogenital en el plano axial. "A" muestra el estado ante parto y "B" muestra a la misma paciente post Parto. Se puede apreciar la diferencia experimentada post parto que supera en más de un 20% el área en cm².

ser gatillado por el daño de la microestructura de las fibras musculares dada la sobredistención que se produce en el momento que el producto de la concepción atraviesa el canal del parto. Otra explicación de este fenómeno podría corresponder a la lesión de las estructuras vasculares y nerviosas por la compresión de la cabeza del feto en la segunda fase del trabajo de parto que terminarían afectando en forma directa a las fibras musculares del MEA. La sobredistención del hiato urogenital corresponde al cambio en el área del hiato urogenital al realizar maniobra de valsalva de al menos un 20% comparado con el estado previo al parto⁽¹³⁾ (Figura 2). Estas alteraciones no siempre se asocian con la aparición de síntomas como la incontinencia urinaria o prolapso genital, pero constituyen un factor de riesgo establecido muy importante^(14,15). Por otro lado, las lesiones del esfínter anal como consecuencia del parto vaginal se encuentran directamente asociadas con el desarrollo de incontinencia fecal⁽⁶⁾. Estas corresponden al desgarro perineal de III grado, lesión que compromete el esfínter anal y al desgarro perineal IV grado, lesión que compromete el esfínter anal y la mucosa rectal (Tabla 1). La incidencia descrita para las lesiones del esfínter anal en el parto detectadas clínicamente oscilan entre el 0,6 a 9%⁽¹⁶⁾. Entre un 30 a 60% de estas pacientes presentarán incontinencia anal

postparto⁽¹⁷⁾. Lamentablemente las lesiones del esfínter anal detectadas clínicamente en el momento del parto son sólo una parte del número total de las que realmente se producen. La incidencia de las lesiones del esfínter anal postparto detectadas por medio del ultrasonido endo o exoanal son francamente superiores a las detectadas clínicamente, llegando hasta el 35% de las primigestas⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Resulta poco probable que el subdiagnóstico de estas lesiones corresponda sólo a el trauma oculto del esfínter (que no sea posible de detectar clínicamente), ya que el estudio de Andrews *et al*⁽²¹⁾ demostró que un operador entrenado en la pesquisa clínica de este tipo de lesiones puede duplicar el porcentaje de detección. Es por este motivo que resulta de vital importancia mejorar el entrenamiento de los profesionales encargados de la atención del parto, ya que si el trauma del esfínter anal no es diagnosticado en el momento del parto, se dejará a esa mujer sin la opción de recibir la reparación adecuada de su lesión, con el posible desarrollo de incontinencia anal.

EPISIOTOMÍA

La episiotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más utilizados en la obstetricia moderna⁽²²⁾. Fue desarrollada entre los siglos XVIII y XIX, siendo introducida por Taliaferro en Estados Unidos en el año 1851; sin embargo, se le tribuye a Braun

Tabla 1. Clasificación de los desgarros vaginales postparto.

Grado del desgarro	Estructura comprometida
I	Mucosa vaginal.
II	Mucosa vaginal + musculatura perineal sin compromiso de esfínter.
III	Compromiso de esfínter anal.
IIIa	< 50% del esfínter anal externo.
IIIb	> 50% del esfínter anal externo.
IIIc	Compromiso del esfínter anal externo + interno.
IV	Compromiso del esfínter anal externo + interno + mucosa rectal.

el término episiotomía como tal en el año 1857⁽²²⁾. Este procedimiento consiste en la ampliación quirúrgica del periné. Para tal efecto, en el desarrollo de la técnica han sido descritas 7 tipos diferentes de episiotomías⁽²³⁾, siendo las más utilizadas la mediolateral, lateral y la de línea media o perineotomía. La episiotomía media lateral, que puede ser derecha o izquierda dependiendo del operador, se realiza con un ángulo aproximadamente de 60 grados, con el fin de facilitar la expulsión del feto ampliando el periné, evitando además la distensión de los tejidos y el desgarro perineal. Con ello se pretende intentar reducir el trauma sobre el piso pélvico⁽²⁴⁾, argumento utilizado por sus desarrolladores sin haber sido comprobado científicamente. Existe evidencia reciente de que el ángulo con el cual se practica la episiotomía media lateral incide en la ocurrencia de los desgarros de tercer y cuarto grado, con un 50% de reducción en las lesiones de esfínter por cada 6 grados que se aleje de línea media^(25,26). De la misma manera se ha establecido que la episiotomía media o perineotomía se asocia directamente con la ocurrencia de lesiones de tercer y cuarto grado^(27,28), desaconsejándose su uso en la actualidad.

Hasta hace algunos años la episiotomía era una práctica habitual en la atención del parto vaginal, particularmente en primíparas; sin embargo, debido a la falta de evidencia que respalde el beneficio de su uso rutinario, en la actualidad se recomienda de manera restrictiva, aplicándolo selectivamente para indicaciones principalmente de causa fetal⁽²⁹⁾. La recomendación de evitar la episiotomía está fundada en estudios observacionales, en que pueden estar involucradas otras variables de confusión. A partir de esta recomendación, las políticas de episiotomía restrictivas han producido un descenso en la tasa de este procedimiento⁽³⁰⁾; sin embargo, las tasas de episiotomía reportadas en diferentes centros del mundo varían ostensiblemente desde un 9.7% en Suiza a un 100% en Taiwán⁽³¹⁾. En nuestro país no tenemos estadística fidedigna

con respecto a la tasa de episiotomías realizadas; sin embargo, a modo de ejemplo, en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante el año 2014 se asistieron 277 partos vaginales eutócicos en primíparas, practicándose episiotomía en el 77% de ellas.

Se sabe que la episiotomía se encuentra asociada a potenciales complicaciones en relación al sangrado vaginal, riesgo de infección, dehiscencia de sutura, dolor y dispareunia a posterior que pueden afectar a la paciente significativamente en el puerperio y vida futura; sin embargo, no existen estudios concluyentes respecto de cómo se comporta en relación al trauma del piso pélvico de manera objetiva, salvo un estudio recientemente publicado por Cassadó *et al*⁽³²⁾, donde se evidencia que este procedimiento no se encontraba asociado a una mayor incidencia en la avulsión del elevador del ano. Es justamente en esta área donde es necesario realizar estudios que nos permitan responder las interrogantes que aún existen con respecto al uso de la episiotomía en el momento del parto. Se abre entonces una ventana necesaria en la investigación que nos permita entender aún más los factores implicados en el trauma obstétrico del piso pélvico, sobretodo en el momento actual del desarrollo de tecnologías imaginológicas que nos permiten el estudio objetivo de la anatomía del piso pélvico, como lo son la resonancia nuclear magnética y el ultrasonido de piso pélvico.

CONCLUSIÓN

El parto vaginal es un fenómeno natural que lamentablemente puede acarrear consecuencias adversas en la anatomía del piso pélvico. Dado el incremento en el número de cesárea a nivel mundial, existen políticas que tienen por objetivo fomentar el parto vaginal de las mujeres con menor intervención médica. La práctica de la obstetricia moderna nos obliga a encontrar estrategias de prevención destinadas a disminuir los factores que puedan ser manejados en la atención del parto y de esa manera

reducir la tasa del trauma obstétrico del piso pélvico. Las políticas actuales de episiotomías restrictivas en la atención del parto se enmarcan en esta línea; sin embargo, aún no queda del todo claro

cuál es el verdadero rol que tiene la episiotomía media lateral en la incidencia del trauma obstétrico del piso pélvico. Más estudios destinados para responder estas interrogantes son necesarios.

REFERENCIAS

1. De Lancey JO. The hidden epidemic of pelvic floor dysfunction: achievable goals for improved prevention and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1488-95.
2. Dietz HP, Lanzarone V. Levator trauma after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2005;106:707-12.
3. Guzmán Rojas R, Wong V, Shek KL, Dietz HP. Impact of levator trauma on pelvic floor muscle function. *Int Urogynecol J* 2014;25:375-80.
4. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN. Pudendal nerve damage during labour: prospective study before and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:22-8.
5. Dietz H, Franco A, Shek K, Kirby A. Avulsion injury and levator hiatal ballooning: two independent risk factors for prolapse? An observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:211-4.
6. Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JO. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1543-9.
7. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. [comment]. *N Engl J Med* 2003 348:900-7.
8. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005;293:2141-8.
9. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
10. Dietz HP. Pelvic floor trauma in childbirth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2013;53:220-30.
11. Chan SS, Cheung RY, Yiu K, Lee L, Chung TK. Effect of levator ani muscle injury on primiparous women during the first year after childbirth. *Int urogynecol J* 2014;35:1-8.
12. Dietz HP, Simpson JM. Levator trauma is associated with pelvic organ prolapse. *BJOG* 2008;115:979-84.
13. Shek KL, Dietz HP. Intrapartum risk factors for levator trauma. *BJOG*. 2010;117:1485-92.
14. Kearney R, Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Obstetrical factors associated with levator ani muscle injury after vaginal birth. *Obstet Gynecol* 2006;107:144.
15. Dietz HP. Quantification of major morphological abnormalities of the levator ani. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:329-34.
16. Dudding TC, Vaizey CJ, Kamm MA. Obstetric anal sphincter injury: incidence, risk factors, and management. *Ann Surg* 2008;247:224-37.
17. Pinta TM, Kylänpää M-L, Salmi TK, Teramo KA, Luukkonen PS. Primary sphincter repair: are the results of the operation good enough? *Dis Colon Rectum* 2004;47:18-23.
18. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *N Engl J Med* 1993;329:1905-11.
19. Oberwalder M, Connor J, Wexner SD. Meta-analysis to determine the incidence of obstetric anal sphincter damage. *Br J Surg* 2003;90:1333-7.
20. Guzmán Rojas R, Shek K, Langer S, Dietz H. The prevalence of anal sphincter injury in primiparous women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;42:461-6.

21. Andrews A, Sultan A, Thakar R, Jones P. Occult anal sphincter injuries- myth or reality? *BJOG* 2006;113:195-200.
22. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risk of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983;38:322-38.
23. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG* 2012;119:522-6.
24. Wu LC, Lie D, Malhotra R, Allen Jr JC, Tay JS, Tan TC, *et al.* What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery* 2013;29:943-9.
25. Eogan M, Daly L, O'Connell P, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG* 2006;113:190-4.
26. Kalis V, Landsmanova J, Bednarova B, Karbanova J, Laine K, Rokyta Z. Evaluation of the incision angle of mediolateral episiotomy at 60 degrees. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;112:220-4.
27. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric anal sphincter injury: a prospective study. *Birth* 2006;33:117-22.
28. Coats P, Chan K, Wilkins M, Beard R. A comparison between midline and medio-lateral episiotomies. *Obstet Gynecol Surv* 1981;36:80-1.
29. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1.
30. Goldberg J, Holtz D, Hyslop T, Tolosa J. Has the use of routine episiotomy decreased? Examination of episiotomy rates from 1983 to 2000. *Obstet Gynecol* 2002;99:395-400.
31. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005;32:219-23.
32. Cassadó J, Pessarrodona A, Rodriguez-Carballeira M, Hinojosa L, Manrique G, Márquez A, *et al.* Does episiotomy protect against injury of the levator ani muscle in normal vaginal delivery? *Neurourol Urodyn* 2014;33:1212-6.

CORRESPONDENCIA

Dr. Rodrigo Guzmán Rojas
 Unidad de Piso Pélvico Femenino,
 Departamento de Ginecología y Obstetricia
 Hospital Clínico Universidad de Chile
 Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
 Fono: 9 9240 3692
 E-mail: rodrigoguzman.66@gmail.com

