



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-370 - REPARACIÓN CON COLGAJO CUTÁNEO Y ESFINTEROPLASTIA DE CLOACA TRAUMÁTICA POSTPARTO. CASO CLÍNICO

Vega López, Laura<sup>1</sup>; Pardo de Lama, Mar<sup>1</sup>; Fernández Cebrian, Jose Maria<sup>2</sup>; Climent Martínez, Nieves<sup>1</sup>; Melone Fiorito, Sirio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón; <sup>2</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Los traumas obstétricos son causa de hasta el 50% de los episodios de incontinencia fecal presentes en la población adulta, tema frecuentemente tabú en la sociedad. Además de otros trastornos con importante repercusión en la calidad de vida. Presentamos un caso clínico de traumatismo severo obstétrico con destrucción del cuerpo perineal y esfínter anal y su reparación mediante esfinteroplastia y colgajo de Corman.

**Caso clínico:** Mujer de 69 años remitida desde ginecología por lesión de cuerpo perineal y defecación obstructiva. Paciente con siete partos vaginales en domicilio sin asistencia sanitaria. Tras últimos partos clínica de incontinencia fecal severa (Wexner 15), por la que no consulta. Mejora con dieta y fármacos. Treinta años después consulta por aparición de estreñimiento, dificultad para evacuar e infecciones de orina. A la exploración ausencia de cuerpo perineal, debilidad de suelo pélvico y rectocele I-II. Manifiesta hipotonía con sospecha lesión anterior que se confirma en ecografía endoanal, con afectación mayor de 100° del esfínter anal externo e interno. Manometría anorrectal concordante, RNM dinámica con marcada debilidad de suelo pélvico, cistocele leve y rectocele. Se plantea reparación quirúrgica mediante esfinteroplastia y colgajo en X. Previo a la cirugía, preparación intestinal mecánica y antibioterapia (eritromicina y neomicina). La cirugía se realiza bajo anestesia general en posición de litotomía con sondaje vesical. Se dejan marcados los segmentos de piel que se emplearán para el colgajo. Se infiltra una mezcla de adrenalina diluida en suero la mucosa vaginal. Se realiza una incisión sobre esta, en la zona más próxima al esfínter anal, disecando desde ahí cuidadosamente el aparato esfinteriano y la cara anterior del recto de la pared posterior vaginal. Se evidencia ausencia completa del tabique rectovaginal, presencia de rectocele y lesión del esfínter anal. Identificación de los cabos del esfínter de consistencia elástica. Reparación mediante elevatoplastia, no demasiado extensa para no condicionar excesivo cierre del hiato vaginal, y esfinteroplastia *overlap*. Control del recto mediante tacto rectal. Reconstrucción del cuerpo perineal mediante colgajo cutáneo en X de Corman. Los cuidados posoperatorios incluyeron antibioterapia empírica, sondaje vesical siete días, colostomía funcional y parafina líquida para evitar esfuerzos defecatorios. Se evitó la sedestación durante el ingreso, 12 días. No complicaciones con hematoma ni infección del colgajo, siendo esta la morbilidad más frecuente. Seguimiento en consulta favorable, reinicio rehabilitación de suelo pélvico. Resolución síndrome de defecación obstrucción sin aparición de incontinencia fecal.



**Discusión:** Los traumatismos obstétricos representan un importante porcentaje en la etiología de los problemas valorados en consulta de coloproctología, principalmente incontinencia fecal, dispareunia, infecciones de orina. Afortunadamente los eventos más graves, como los desgarros grado III y IV, resultan infrecuentes (2-19%). Si no se realiza una reparación quirúrgica precoz pueden resultar en una cloaca anovaginal. El efecto sobre la calidad de vida de estas pacientes puede ser devastador. De ahí la importante de la reparación quirúrgica funcional y anatómica. No hay consenso en cuanto a la técnica de elección del tabique, sí en lo referente a la esfinteroplastia. Consideramos además que debe apoyarse en la rehabilitación de suelo pélvico.