

**GUIA CLÍNICA:**

**LESIONS PERINEALS DE III-IV<sup>o</sup>: *identificació,  
reparació i seguiment a l'alta***

**28-29\_maig\_08**

**Autors: Oriol Porta/Laura Piñeiro**

**Col·laboradors: Dr. Monés/Dr. Garriga/Dra. Hernández/Dra. Simó/Dr. Adelantado**

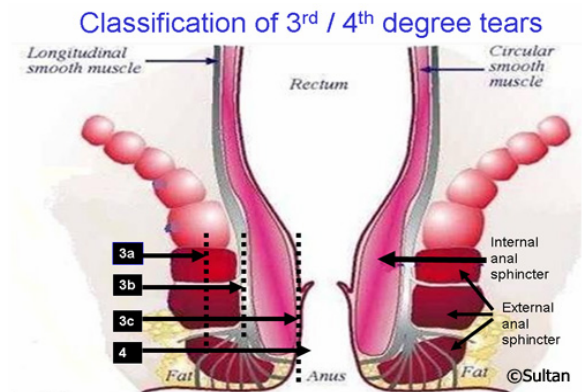
## GUIA CLINICA

### *LESIONS PERINEALS DE III-IV°: identificació, reparació i seguiment a l'alta.*

Els estrips perineals són freqüents a la pràctica obstètrica, per tant la seva reparació és una de les tècniques quirúrgiques més habituals. Tot i la seva major associació amb els parts instrumentats, gestants nul·líparas, macrosomes y posició occipitosacra, també pot donar-se en parts eutòcics.

Els estrips perineals es poden classificar en funció dels teixits lesionats en :

- I° Afecta a mucosa vaginal i pell
- II° Afecta mucosa vaginal, teixit connectiu i músculs perineals
- III° Afecta al múscul esfínter anal
  - IIIa < 50% esfínter extern
  - IIIb >50% esfínter extern
  - IIIc esfínter intern
- IV° Afecta mucosa rectal



Els estrips de I i II° no solen tenir repercussions clíniques. En els de III i IV° es necessari assegurar una reparació adequada per tal de minimitzar les possibles seqüeles, com la incontinença fecal, urgència rectal, dolor perineal o dispareunia.

Els estrips de III i IV°, que afecten els esfínters anals i/o la mucosa rectal es detecten en el 0'6-9% dels parts vaginals. No obstant, pot haver-hi lesió oculta de l'esfínter fins en un 36% de les dones després d'un part vaginal.

Totes les pacients que hagin tingut un part vaginal s'haurien d'explorar sistemàticament, examinant perineu, vagina i recte, per determinar la severitat de l'estrip abans d'iniciar la sutura. Aquesta valoració és obligatòria després d'un part instrumentat o si s'ha produït una lesió severa.

Per poder fer un diagnòstic adequat és necessari amb el camp net efectuar un tacte rectal. Cal sol·licitar la supervisió de l'adjunt sempre que sigui necessari.

Després de la identificació d'un estrip perineal de III-IV° és necessari una preparació adequada per optimitzar la tècnica de reparació.

## Preparació:

- **Camp quirúrgic adequat:** bona il·luminació, equip adequat (tant material quirúrgic com ajuda i supervisió d'un adjunt sènior) i màximes condicions d'asèpsia (és una lesió contaminada, pel que s'haurà d'intentar aconseguir un camp net, si fos necessari realitzar rentats amb sèrum o algun antisèptic).

Instrumentació necessària per a la reparació d'estrips perineals:

Talles i guants estèrils  
Sèrum fisiològic/ antisèptic per fer rentats  
Pinces amb dents i sense dents  
Tisores Mayo i Metzenbaum  
Fixadors Allis  
Portaagulles  
Agulles i fils de sutura

- **Bona relaxació i analgèsia** (amb anestèsia regional o general). El to de l'esfínter produeix retracció, per poder realitzar una sutura correcta és necessari que no hi hagi tensió.
- **Profilaxi antibiòtica:** administració d'una dosi única de cefalosporina de 2<sup>a</sup> o 3<sup>a</sup> generació EV o IM (p.ex. cefoxitina 1-2g, ceftriaxona 1-2g,...) + metronidazol 500 mg EV abans de suturar. En cas de pacients amb al·lèrgia a  $\beta$ -lactàmics: dosi única de gentamicina EV 240mg.

## Reparació:

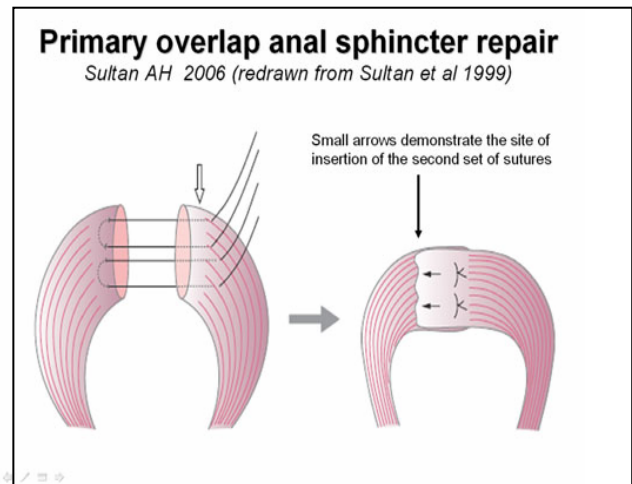
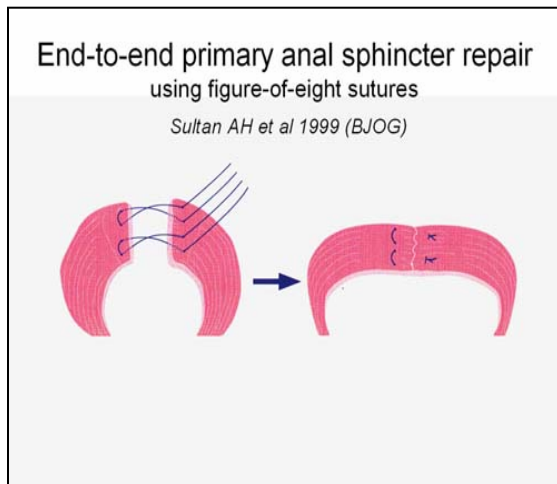
### Sutura de mucosa rectal:

- Sutura amb punts solts de vicryl 3/0, realitzant els nusos a la llum del canal anal.

### Sutura del esfínter anal:

- S'han de buscar els extrems de l'esfínter que acostumen a estar retrets. Si no es possible accedir a ells correctament, serà convenient dissecar els extrems amb unes tisores Metzenbaum fins aconseguir una llargada suficient que garanteixi la reparació, si cal fixant els extrems amb unes Allis.
- Per a la sutura s'haurà d'utilitzar fil monofilament PDS 3/0. Com alternativa es podrà utilitzar vicryl 2/0 o 3/0. Les sutures monofilament probablement es relacionen amb un menor risc d'infecció i millor resultat a llarg terme de la reparació del complex anal.
- En els casos en que la lesió afecta <50% de l'esfínter es realitzarà la tècnica end-to-end.

- Quant la lesió afecta >50% és preferible realitzar la reparació mitjançant la tècnica overlap, ja que els seus resultats probablement són millors que amb la tècnica end-to-end.
- En aquells casos en que sigui possible identificar l' esfínter intern, aquest es podrà reparar amb la tècnica end-to-end, per separat de la reparació de l' esfínter extern.



### Sutura de la mucosa vaginal i músculs perineals:

- Identificar l'angle de l'estrip. El punt d'anclatge de la sutura ha d'estar 1 cm per sobre de l'angle.
- Realitzar una sutura continua de la mucosa vaginal amb vicryl 0 o 2/0, des de l'angle cap a l'anell himeneal. Es pot realitzar una sutura continua creuada si es necessita fer més hemostàsia.
- Aproximació dels músculs perineals amb punts solts de vicryl 2/0.
- Aproximació del múscul bulbocavernós amb punt solt de vicryl del 2/0.

### Sutura de pell:

- Es recomana realitzar una sutura subcutània amb punts solts de vicryl 3/0; ja que s'ha demostrat que els punts transdèrmics augmenten la incidència de dolor perineal en els 3 primers mesos postpart.

## Maneig a la sala d'hospitalització. "Sant Tomàs"

1. *Analgesia adequada.*
2. *Tractament antibiòtic:*

- El desenvolupament d'una infecció condiona un augment del risc d'incontinència anal i la formació de fístules: per aquesta raó es apropiat l'administració d'un tractament antibiòtic profilàctic.

- En els casos de lesió III<sup>o</sup> parcial: la unidosi administrada durant la reparació serà suficient.
- En els casos de lesió III<sup>o</sup> total o IV<sup>o</sup> serà necessari realitzar tractament antibiòtic durant 7-10 dies, que s'iniciarà EV però que podrà continuar-se VO un cop sigui retirada la via, i de forma domiciliària un cop sigui donada d'alta.

Cefoxitina 1-2g/6h EV o IM Cefuroxima 250mg/12h VO + Metronidazol 500 mg/8h EV o VO	7-10 dies
--	-----------

- Si al·lèrgia a β-lactàmics: Clindamicina 900mg/8h  
 +  
 Eritromicina 250-500mg/6h  
 Ciprofloxacino 500mg/12h (si no lactància materna)

### 3. *Laxants:*

- Cal evitar la impactació fecal que pot augmentar el risc de dehiscència de la sutura.
  - S'administrarà un laxant suau tipus Movicol® (polietilenglicol) 1-2 /dia fins assegurar-se d'una deposició correcta.
  - Si fos necessari pot administrar-se Micralax®.
  - Caldria assegurar-se que la pacient fa la primera deposició abans de 5 dies, encara que sigui al seu domicili.
4. La pacient ha de rebre una informació detallada del seu tipus de lesió, se li donarà un *tríptic informatiu* i se li demanarà una visita de control en 6 setmanes al dispensari de "clínica perineal".

**Un estrip de III o IV<sup>o</sup> no es pot considerar mala praxi, ja que es tracta d'una complicació coneguda del part vaginal.**

**En canvi, sí es pot considerar mala pràctica el no diagnosticar aquesta complicació, impedit d'aquesta manera la seva correcta reparació primària.**