

## Oasis: lesiones obstétricas del esfínter anal desgarrado de esfínter anal de cuarto grado, reporte de un caso

### *Oasis: obstetric injuries of the anal sphincter fourth degree anal sphincter tear, a case report*

Litzy Marcela Méndez Delgadillo<sup>1</sup>, Maria Rosario Rosas Rojas<sup>2</sup>

Recibido: 21 de septiembre del 2022

Aceptado: 31 de noviembre del 2022

#### RESUMEN

OASIS, las siglas del inglés: Lesiones Obstétricas del Esfínter Anal, es una complicación frecuente de la atención de parto y muchas veces sub diagnosticadas por la baja sospecha de la misma y que tiene como secuela la incontinencia a gases y heces en una frecuencia de 15%-61% y 2%-29%, respectivamente. El caso clínico relata una lesión de 4<sup>to</sup> grado en una paciente atendida de parto eutócico, donde se realiza una reparación por separado, con previa identificación del esfínter anal interno y externo; con unión termino-terminal para el esfínter anal interno y técnica de superposición de cabos, para reparación de esfínter anal externo.

El seguimiento post quirúrgico debe vigilar signos de continencia anal y de sensibilidad perineal.

**Palabras clave:** Desgarro anal, incontinencia anal, incontinencia fecal, vulvodinia.

#### ABSTRACT

OASIS, the acronym in English: Obstetric Lesions of the Anal Sphincter, is a frequent complication of delivery care and often underdiagnosed due to low suspicion of it and which has as a sequel gas and feces incontinence at a frequency of 15 %-61% and 2%-29%, respectively. The clinical case reports a 4th degree lesion in a patient assisted for normal delivery, where a separate repair is performed, with prior identification of the internal and external anal sphincter; with end-to-end union for the internal anal sphincter and technique of overlapping ends, for external anal sphincter repair. Post-surgical follow-up should watch for signs of anal continence and perineal sensitivity.

**Keywords:** Anal tear, anal incontinence, fecal incontinence, vulvodynia.

OASIS es el trauma perineal durante el parto vaginal que puede ocurrir de manera espontánea o cuando la partera o el obstetra realizan alguna incisión quirúrgica para ampliar el diámetro del tracto de salida<sup>1</sup>; se encuentra entre las lesiones obstétricas más frecuentes durante la atención del parto . Su clasificación actual se describe en el siguiente Tabla 1<sup>2</sup>.

Durante la década pasada tuvo una prevalencia de 2.85% en el Reino Unido, las primíparas presentan 2.3 veces más riesgo de presentar un OASIS<sup>3</sup>.

El impacto de este evento radica en las secuelas que puede dejar: Incontinencia anal e incontinencia fecal que va del 15% al 59% , mismos que aumentan si es que la reparación se realiza de manera incorrecta<sup>4</sup>. Las secuelas inmediatas de la lesión del esfínter anal incluyen dolor, infección, dispareunia, disfunción sexual,

Entre los múltiples factores de riesgo que se relacionan con los desgarrados del esfínter incluyen la primiparidad, el

período expulsivo mayor de una hora, las variedades de posición occipito posteriores persistentes, el peso del recién nacido mayor de 4 Kg, la episiotomía media y el parto instrumentado con fórceps, cuerpo perineal menor de 25 mm, por lo que lo es importante identificar oportunamente a las mujeres o las prácticas con mayor riesgo de desarrollar un desgarrado perineal<sup>5</sup>.

El diagnóstico se realiza básicamente con un tacto rectal y tacto recto- vaginal combinado ; de rutina en la atención de un parto , ya sea con o sin episiotomía, para poder identificar el anillo anal y reconocer el tono del mismo; esta exploración , bien realizada, tiene la misma sensibilidad que la ecografía endoanal<sup>6</sup>.

Los puntos claves en la reparación de este tipo de lesiones, son la identificación de las estructuras afectadas y la reparación por separado de cada estructura: Mucosa anal, esfínter anal interno , esfínter anal externo y cuerpo perineal

<sup>1</sup>Uroginecóloga Hospital Materno Infantil Germán Urquidi.

<sup>2</sup>Ginecóloga del Hospital Materno Infantil Germán Urquidi.

Correspondencia / Correspondence: Litzy Marcela Méndez Delgadillo

e-mail:-----

**Tabla 1.** Tipos de lesiones obstétricas

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

(según sean las partes lesionadas)<sup>7</sup>.

Dentro de las medidas preventivas, se han indicado básicamente: Intervenciones ante parto como ser el masaje perineal. Intervenciones intra parto como ser la Episiotomía medio lateral a 60 grados, protección del periné, medición de la extensión del cuerpo perineal<sup>8</sup>.

### Caso clínico

#### Enfermedad actual

Paciente de 35 años de edad, G3P2A1, con antecedente de un parto vaginal atendido en centro de salud de Primer Nivel, con aplicación de maniobra de Kristeller y periodo expulsivo prolongado, obteniendo un recién nacido de 3500gr.

Ingresa a Hospital de Tercer Nivel 18 horas post parto por presentar sangrado genital y desgarro perineal de cuarto grado, que fue afrontado sólo como medida hemostática.

Durante las 12 primeras horas post parto la paciente, presentó un episodio de incontinencia fecal.

Sin antecedentes mórbidos ni operaciones ginecológicas previas, partos previos sin datos de complicaciones.

#### Examen físico

Paciente hemodinamicamente estable con datos clínicos de anemia, en hipogastrio útero con buena involución.

Genitales presentando desgarro de +/- 6 cm que se extendía desde horquilla vulvar hasta esfínter anal con puntos de aproximación. Mucosa vaginal comprometida y afrontada en una extensión de 4 cm.

Al tacto rectal se palpaban puntos en mucosa rectal. Tono de esfínter anal marcadamente disminuido.

#### Exámenes complementarios

- Hemograma con ligera leucocitosis.
- Ecografía transperineal reportó: Ano, ampolla rectal, recto aparentemente sin compromiso de la capa muscular.

#### Diagnóstico

Desgarro de esfínter anal de cuarto grado (OASIS)

#### Tratamiento

Con antibiótico profiláctico de cefalosporinas de tercera generación y bajo anestesia regional se ingresa a reparación quirúrgica:

Retiro de puntos de aproximación, antisepsia con solución fisiológica y clorhexidina.

Identificación de esfínter anal externo, interno y mucosa rectal, divulsión de cada estructura hasta dejar cabos sueltos suficientes para el afrontamiento. (fig. 1)

Reparación por planos:

Mucosa rectal con Vicryl 3-0 puntos simples separados



**Figura 1.** Identificación de esfínter anal interno, de color blanco nacarado, similar a “carne de pescado”, para unión termino-terminal

Fuente: Propia de los autores



**Figura 2.** Identificación de esfínter anal externo, similar a “carne de res”, divulsión de dos cabos del mismo de aproximadamente 2 cm por lado para unión con técnica de superposición

Fuente: Propia de los autores



**Figura 3.** Reparación de cuerpo perineal con puntos separados.  
Fuente: Propia de los autores



**Figura 4.** Cierre de piel con puntos separados.  
Fuente: Propia de los autores

invaginantes.

Esfínter anal interno con vceryl 3-0, unión término terminal.

Esfínter anal externo con vicryl 2-0, unión por superposición. (Fig. 2)

Puntos separados en tejido perineal y fascia recto vaginal. (Fig.3)

Mucosa vaginal con Vicryl 2-0 puntos simples continuos

Piel con vicryl 2-0 puntos simples separados. (Fig.4)

### Evolución

En sus primeras 24 horas , evolución favorable , con continencia fecal y a flatos. Se Indicó laxante en primeros días post quirúrgicos. Por antecedente de las horas transcurridas pre quirúrgicas se indica antibioticoterapia durante tres días.

Se indica el alta con reporte escrito del tipo de lesión OASIS y la técnica de reparación.

En su control por consulta externa al día 10 post quirúrgico, paciente indica tener continencia fecal y anal. Se realizó tacto rectal ,encontrando esfínter anal con tono conservado y aun presencia de hilos en mucosa sin datos de solución de continuidad.

### Discusión

El presente caso clínico nos sirve para revisar las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASIS), mismas que son frecuentes y subdiagnosticadas, en especial las de tipo 2 y tres , así como lo indica el estudio presentado por Vasanth Andrews,y Abdul H Sultan<sup>9</sup>. Nuestro caso clínico al ser de cuarto grado , fue reconocido con relativa facilidad , teniendo como obstáculo la capacidad resolutoria. El estudio presentado

por Annika y Sultan<sup>10</sup>, indica que la incorrecta reparación de los desgarros del esfínter anal , traen como consecuencia la incontinencia anal y fecal ; así como lo presentó nuestra paciente al tener una reparación tipo hemostática que no fue realizada con la técnica quirúrgica correcta. Dicha consecuencia de incontinencia , se ve controlada posterior a una reparación que respetó los lineamientos de identificar estructuras anatómicas y repararlas de manera individual, con el uso de suturas tipo poliglactina<sup>11</sup> .

El documento de OASIS CARE BUDLE<sup>12</sup>, recomienda además la correcta información del tipo de lesión y reparación a la paciente , para la planeación de la correcta finalización del siguiente embarazo, de manera que no aumente el riesgo de sufrir otro OASIS. Cuidando el identificar los factores de riesgo de una repetición de la lesión , como ser peso fetal mayor a 3500 gr, periodo expulsivo que produzca edema vulvar, parto operatorio , cuerpo perineal menor a 25 mm<sup>13</sup>.

Dentro del seguimiento de este tipo de lesiones es importante además la búsqueda de datos de vulvodinia y dolor perineal , así como el desarrollo de fistulas ano-vaginales, por lo que los controles deben realizarse en un servicio de uroginecología<sup>14</sup>, que identifique y maneje las mismas.

Otro aspecto a ser considerado es la necesidad de talleres de capacitación para el correcto diagnóstico y reparación de dichas lesiones en los centros de atención de partos , para reducir el sub-diagnóstico y realizar una correcta reparación que disminuya las complicaciones a corto y largo plazo<sup>15</sup>.

## Referencias bibliográficas

1. Vasanth Andrews & Rane Thakar & Abdul H. Sultan. Structured hands-on training in repair of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): an audit of clinical practice. *Int Urogynecol J* (2009) 20:193–199
2. Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. LESIONES PERINEALES DE ORIGEN OBSTÉTRICO: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. PROTOCOLS MEDICINA MATERNOFETAL HOSPITAL CLÍNICO-HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU-UNIVERSITAT DE BARCELONA.
3. OASI Care Bundle Project Team. Implementation guide for maternity sites in the roll-out phase 2017-2018. RCOG London, 2018
4. Annika Taithongchai & Susana I. Veigal & Abdul H. Sultan & Rane Thakar. The consequences of undiagnosed obstetric anal sphincter injuries (OASIS) following vaginal delivery. *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04033-5>
5. Mahony R, Behan M, Daly L, Kirwan C, O'Herlihy C, O'Connell. PR. (2007) Internal anal sphincter defect influences continence outcome following obstetric anal sphincter injury. *Am J Obstet. Gynecol* 196:217.e1–217.
6. Harvey MA, Pierce M. Obstetric anal sphincter injuries (OASIS): prevention, recognition and repair. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(12):1131–48.
7. The management of third- and fourth- degree perineal tears. Greentop Guideline No. 29 Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2015) <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf> Accessed 25th February 2018.
8. Ozyurt S, Aksoy H, Gedikbasi A, Yildirim G, Aksoy U, Acmaz G, et al. Screening occult anal sphincter injuries in primigravid women after vaginal delivery with transperineal use of vaginal probe: a prospective, randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;292:853–9.
9. Mayday University Hospital, Croydon, Surrey, UK b School of Computing and Mathematics, Keele University, Staffordshire. Occult anal sphincter injuries—myth or reality?. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.00799.
10. Jeroen van Bavel 1 & Chantal W. P. M. Hukkelhoven2 & Charlotte de Vries2 & Dimitri N. M. Papatsonis1 & Joey de Vogel3 & Jan-Paul W. R. Roovers4 & BenWillem Mol5 & Jan Willem de Leeuw6. The effectiveness of mediolateral episiotomy in preventing obstetric anal sphincter injuries during operative vaginal delivery: a ten-year analysis of a national registry. *Int Urogynecol J*. DOI 10.1007/s00192-017-3422-4.
12. Mous M, Muller SA, De Leeuw JW. Long term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG.* 2008;115:234–8.
13. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(1): 59.e1–e6.
14. The Netherlands Perinatal Registry. Perinatal care in the Netherlands 2010. Utrecht: The Netherlands Perinatal Registry; 2013.
15. Fernando RJ, Sultan AH, Radley S, Jones PW, Johanson RB. Management of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and national practice survey. *BMC Health Serv Res* 2002;2:9.