

INTERVENCIONES MENORES

CURETAJE Y ASPIRACIÓN UTERINA

- Curetaje
- Aspiración
- Técnicas coadyuvantes
 - Tallo de laminaria
 - Dilatadores osmóticos sintéticos
 - Oxitocina
- Complicaciones
 - Tempranas
 - Tardías

CERCLAJE

- Aspectos generales
- Contraindicaciones
- Técnica
 - Vía vaginal
 - Vía abdominal
- Cerclaje de emergencia
- Complicaciones
 - Ruptura prematura de membranas pretérmino
 - Desplazamiento de la sutura

EPISIOTOMÍA

- Definición
- Indicaciones
- Clasificación
- Técnica
- Episiorrafia
 - Material de sutura
 - Oblicua o mediolateral
 - Mediana
- Complicaciones
- Reparación de la dehiscencia

LESIONES DEL CANAL DEL PARTO

- Desgarros perineales
- Desgarros vaginales
- Desgarros cervicales

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

CURETAJE Y ASPIRACIÓN UTERINA

Consiste en la remoción del contenido de la cavidad uterina y del endometrio por medio de instrumentos especiales. Su finalidad es terapéutica en casos de aborto, pólipos, etc., diagnóstica como en los casos de afecciones ginecológicas o puede tener doble finalidad.

Curetaje

Este procedimiento se debe realizar en un ambiente quirúrgico adecuado, bajo anestesia general endovenosa, aunque se puede realizar con anestesia paracervical. El personal que va a intervenir debe seguir los mismos cuidados de antisepsia que los de una intervención mayor. La paciente se coloca en posición ginecológica y se practica un lavado perineal y del canal vaginal con sustancias antisépticas. Se practica un tacto vaginal, previo vaciamiento de la vejiga, para precisar el tamaño y posición del útero, luego se introduce una valva vaginal, se toma el cuello del útero con una pinza especial y se hace tracción hacia fuera para enderezar el útero (fig. 41-1).

Se introduce el histerómetro para medir el tamaño y posición de la cavidad uterina y, en aquellos casos que sea necesario, se dilata el orificio del cuello mediante dilatadores cervicales como: bujías de Hegar, dilatadores de Pratt o de Denninnton, etc. Luego se introduce la cureta y se hace un movimiento de adentro hacia fuera, contra las paredes de la cavidad uterina, siguiendo el sentido de las agujas del reloj para evitar dejar alguna zona por donde no haya pasado la cureta (Grimes, 1991). El procedimiento termina cuando la cavidad se siente limpia y antes de oír el llamado "grito uterino", para evitar la posibilidad de sinequia, complicación que se discutirá posteriormente.

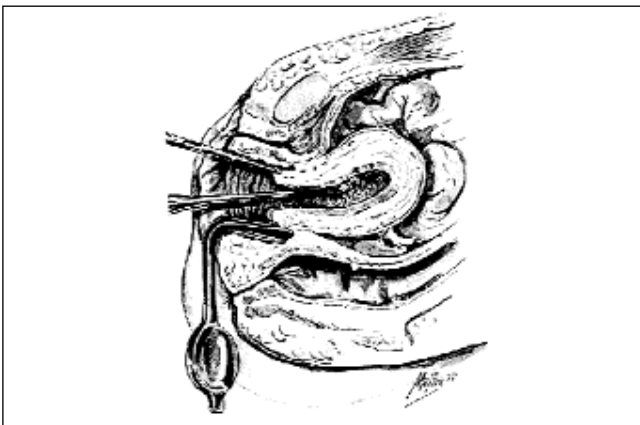


Figura 41-1.
Técnica para practicar un curetaje uterino.

En algunos casos, y siempre que la dilatación cervical lo permita, es necesaria la introducción de una pinza de Foerster dentro de la cavidad uterina con el fin de extraer restos de placenta o partes fetales, sobre todo en abortos tardíos cuando se ha desarrollado el feto. Este procedimiento se debe hacer con cuidado, para evitar una perforación uterina. La principal desventaja del curetaje realizado en un embarazo de 10 ó más semanas de evolución, cuando existe un feto muerto retenido, consiste en que el cuello cerrado no permite la introducción de una cureta grande o de pinzas especiales para la extracción del tejido placentario y fetal grueso. Esto hace que el procedimiento sea difícil y prolongado, con pérdidas apreciables de sangre y donde las complicaciones como la perforación y la retención de restos son relativamente frecuentes. Es por eso que se prefiere la aspiración endouterina que se analiza a continuación.

Aspiración

Es el método ideal para vaciar el útero grávido porque las limitaciones que pone el cuello cerrado a un curetaje hace que con este sistema, que trabaja por succión, no necesite de un cuello ampliamente permeable. La aspiración de grandes masas de tejido se puede hacer a través de una cánula de tamaño relativamente pequeño que puede ser rígida o flexible y que es fácil de introducir en el útero. Si la aspiración se asocia con el tallo de laminaria, se puede practicar hasta la semana 15 de embarazo (Population Reports, 1979).

La técnica es similar a la del curetaje antes descrito y, como el procedimiento es por succión, la cánula se introduce con el orificio que está en el mango del instrumento destapado; de tal forma que la succión no quede totalmente concentrada en la punta del instrumento porque dificulta la introducción. Una vez dentro de la cavidad, se tapa el orificio del mango y se practica un movimiento de rotación y de adentro hacia fuera, sin apoyarse excesivamente contra las paredes del útero. Cada vez que se extraiga el instrumento y se introduzca de nuevo, se debe repetir la operación de tapar y destapar el orificio que tiene el mango.

La cánula de aspiración está conectada, mediante una manguera gruesa, que no se colapsa con facilidad, a un equipo especial de aspiración que crea una presión negativa entre 50 y 70 mmHg. Esta manguera se conecta a un sistema de botella para la recolección de la muestra y enviarlo para estudio anatómopatológico y/o genético cuando esté indicado.

Cuando la intervención está bien realizada, no es indispensable complementar el procedimiento con curetaje. Durante la aspiración, al igual que cuando se practica el curetaje, se recomienda el uso de sustancias que estimulen contracciones uterinas para disminuir la cantidad de sangrado.

Técnicas coadyuvantes

Tallo de laminaria. Es un tallo de alga seca del género *Laminaria* que es altamente higroscópico. Después de su inserción en el cuello uterino absorbe los líquidos del canal cervical, aumenta de tamaño y produce dilatación cervical (fig. 41-2). Tiene la ventaja de evitar laceraciones o perforaciones porque produce una dilatación progresiva, indolora y efectiva en un período de 12 a 24 horas.

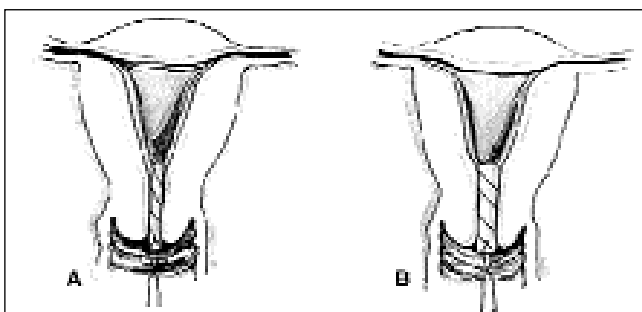


Figura 41-2. Efecto del tallo de laminaria. A: inmediatamente luego de la inserción. B: a las 12-24 horas.

Para su inserción, se debe preparar previamente el tallo amarrando varias gasas a los hilos que trae en el extremo distal. Se introduce un espéculo, previa antisepsia de vagina y cuello, se toma el labio anterior con pinza de Pozzi o Foerster y se introduce el tallo profundamente en el canal cervical, de tal manera que penetre el orificio cervical externo y el interno. Esto es muy importante, porque si no se atraviesa el orificio interno la dilatación es incompleta. Luego las gasas se introducen en la vagina creando una especie de tapón que impide la expulsión del tallo. La dilatación cervical se inicia a las 6 horas y alcanza su máxima expansión entre 12 y 24 horas luego de su inserción (Kline et al, 1995).

Dilatadores osmóticos sintéticos. Se conocen dos dilatadores higroscópicos sintéticos, el Lamicel que es una esponja impregnada de sulfato de magnesio (Johnson and Brady, 1996) y el Dilapan que es un polímero expandido de poliacrilonitrilo (Chua et al, 1997). Son superiores al tallo de laminaria porque producen una dilatación cervical más rápida, tienen

tamaños uniformes y son de fácil inserción y remoción.

Oxitocina. La oxitocina intravenosa se ha usado ampliamente durante el primer y segundo trimestre del embarazo, con el fin de favorecer la expulsión del producto de la concepción y disminuir el sangrado genital. Es más efectiva durante el segundo trimestre, por ser mayor la concentración de receptores miometriales de oxitocina a esta edad gestacional. Es por eso que, en embarazos precoces, se requieren dosis altas de hasta 100 UI en 500 cc de solución mientras que en embarazos a término con sólo 2,5 UI se logra el efecto deseado (ver cap.11).

Complicaciones

Para realizar un análisis de las complicaciones del curetaje se deben establecer diferencias entre las complicaciones que ocurren cuando el procedimiento se realiza bajo las debidas condiciones de antisepsia, por un médico experimentado y con todos los recursos presentes en un área quirúrgica, con aquellas que ocurren en países donde el aborto es ilegal y se realiza en forma clandestina por personal no bien entrenado. La etiopatogenia y complicaciones del aborto séptico son analizadas en el capítulo 18, por lo que sólo se hará una descripción de las posibles complicaciones tempranas y tardías del curetaje hecho bajo condiciones ideales.

Tempranas. Las complicaciones tempranas del vaciamiento uterino son las siguientes.

Perforación uterina: se ha señalado que esta complicación puede ocurrir entre 1 a 2/1 000 procedimientos (Hakim-Elahi et al, 1990). El sitio donde más frecuentemente ocurre es en el medio del área fúndica porque el médico no determina la ante o retroflexión uterina antes de iniciar el procedimiento; sin embargo, mediante el tacto ginecológico, la histrometría previa y el uso de la ecosonografía se puede evitar esta complicación.

La perforación uterina rara vez produce hemorragia severa; la presencia de signos o síntomas de irritabilidad peritoneal, las alteraciones de los signos vitales o la disminución de las cifras hematológicas, hacen sospechar la posibilidad de hemorragia intraabdominal o lesión intestinal, por lo que está indicada una laparoscopia o una laparotomía exploradora. En aquellos casos en que la paciente tenga los signos vitales estables, no exista sangrado severo o signos y síntomas de irritación peritoneal y se haya practicado la evacuación

completa del contenido uterino, se puede dejar en observación en el hospital de 4 a 6 horas, administrar agentes que favorezcan la contracción uterina y, en caso de permanecer asintomática, darla de alta con indicaciones de volver al hospital en caso de dolor o sangrado severo.

Retención de restos ovulares: esta complicación es menos frecuente cuando el vaciamiento se realiza en embarazos precoces. La incidencia aumenta a medida que la edad gestacional es mayor. Su frecuencia está relacionada con la experiencia del operador y la técnica usada, señalándose hasta en el 10% de los casos, en hospitales que son centros de entrenamiento (Salazar y col, 1990). La ecosonografía, en los casos de sospecha de retención, es el método ideal para el diagnóstico de esta complicación.

Sangrado vaginal: la hemorragia genital que ocurre inmediatamente después de la evacuación uterina puede ser ocasionada por atonía uterina, retención de restos ovulares, perforación, problemas de coagulación, laceración cervical, etc. Con la práctica de un examen pélvico bimanual, la visualización del cuello uterino y la ecosonografía se puede diagnosticar la causa y establecer la terapia adecuada.

Infección: el dolor pélvico y la fiebre son los signos más comunes de endometritis postcuretaje. El riesgo de infección postaborto disminuye en pacientes que han tenido partos anteriores y aumenta en pacientes con cultivos cervicales positivos para *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae* (Burkman et al, 1976). Debido a que estos son los gérmenes más frecuentemente encontrados, se recomienda la profilaxis con doxiciclina, a la dosis de 100 mg una hora antes del procedimiento y 200 mg 30 minutos después. Otros esquemas incluyen doxiciclina 500 mg antes y después del curetaje y metronidazol, a la dosis de 400 mg una hora antes y entre 4 u 8 horas después, aunque siempre existe la controversia acerca de la utilidad de la antibioticoterapia profiláctica (Levallois and Rioux, 1988). Las pacientes que presentan dolor pélvico severo, fiebre mayor de 38°C, sangrado genital importante o signos de irritación peritoneal, pueden estar desarrollando endometritis, salpingitis, celulitis pélvica y peritonitis pélvica y/o generalizada. Se debe indicar antibioticoterapia ambulatoria si la infección está limitada al útero o proceder a la hospitalización cuando se sospeche que la infección se ha propagado a otros órganos.

Laceraciones cervicales. es una complicación que ocurre en el 1% de los casos, sobre todo cuando no se

hace una adecuada fijación de la pinza con que se toma el labio anterior del cuello y se hace una dilatación enérgica (Schulz et al, 1983). Generalmente, es una complicación menor que cede haciendo presión con una gasa, si no se puede recurrir a la sutura con catgut crómico o a la electrocoagulación.

Tardías. Las complicaciones tardías son las siguientes.

Sinequia uterina: esta complicación se presenta cuando el curetaje es muy enérgico o existe infección. Para la prevención se recomienda no practicar un curetaje intenso y dejar una sonda de Foley número 14 ó 16 en cavidad uterina por 72 horas en los casos de alto riesgo, como múltiples curetajes anteriores o aborto séptico. Simultáneamente se debe comenzar con un tratamiento basado en estrógenos naturales para regenerar rápidamente el endometrio, a la dosis de 2 tabletas de 1,25 mg 3 veces al día por 21 días. En los últimos 7 días del tratamiento con estrógenos se debe administrar un progestágeno, a la dosis de 5 mg diarios, con el fin de inducir el sangrado menstrual. En vez de la sonda de Foley, se puede dejar un dispositivo intrauterino de 2 a 3 meses o dejarlo por más tiempo si la mujer desea usarlo como método anticonceptivo.

Estenosis cervical. las pacientes que presentan amenorrea, hipomenorrea y dismenorrea cíclica después del primer aborto pueden tener una estenosis del orificio cervical interno. Esta condición es más frecuente en mujeres a las que se les practicó un curetaje al principio del primer trimestre con una dilatación cervical mínima. En estos casos, la parte cortante de la cureta lesiona el epitelio del orificio cervical interno y, como la dilatación es mínima, las paredes se ponen en contacto fácilmente y se produce la estenosis. El tratamiento es sencillo mediante la dilatación cervical (Hakim-Elahi, 1976).

Sensibilización Rh: aproximadamente el 4% de las mujeres Rh negativo se sensibilizan luego de un aborto, principalmente cuando se realiza en etapas avanzadas de la gestación (Grimes et al, 1977). La enfermedad hemolítica del recién nacido puede ser prevenida con la administración de inmunoglobulina a todas las mujeres Rh negativo a las que se le practica un curetaje (ver cap. 29).

CERCLAJE

Aspectos generales

Se han descrito aproximadamente 35 procedimientos diferentes para el tratamiento de la incompetencia cervical, entre los que se incluyen la electrocauterización

del orificio cervical interno, la escarificación cervical con benzoina y talco, el uso de pesarios y balones intravaginales y el uso de varias hormonas. Sin embargo, el método más aceptado y practicado para el tratamiento de esta patología es el cerclaje cervical, del cual se han descrito tres técnicas básicas: la de Shirodkar, con una tasa de éxito de 21% a 76%, la de McDonald, con una tasa de éxito de 23% a 74%, y el cerclaje abdominal cervicouterino, con una tasa de éxito de 24% a 86% (Shortle and Jewelewicz, 1989).

Esta operación se practica generalmente después de la semana 14, para evitar un procedimiento innecesario en las pacientes que pueden sufrir un aborto espontáneo antes del primer trimestre. Se debe realizar una evaluación ecosonográfica previa con el fin de confirmar viabilidad fetal y descartar cualquier anomalía evidente, en caso de que exista indicación de una evaluación cromosómica para el diagnóstico genético prenatal, se recomienda la biopsia de vellosidades coriónicas o la amniocentesis precoz, para evitar el cerclaje en pacientes a las que se les va a interrumpir el embarazo.

Contraindicaciones

Entre las contraindicaciones se encuentran las siguientes:

1. Sangrado uterino.
2. Ruptura prematura de membranas.
3. Anomalías fetales conocidas.
4. Corioamnionitis.
5. Polihidramnios.
6. Trabajo de parto pretérmino.

Algunos autores recomiendan que no se debe practicar el cerclaje después de la semana 26 de gestación porque la posibilidad de sobrevivir a esta edad gestacional sobrepasa el 50%. En caso de que la paciente presente signos de incompetencia cervical después de la semana 25 se debe manejar con reposo absoluto en cama, con lo que se han logrado resultados satisfactorios (Cooper et al, 1993; Levine and Berkowitz, 1993).

Técnica

Las técnicas más usadas son las que se practican por vía vaginal, de las cuales se han descrito múltiples modificaciones de dos técnicas básicas: la de Shirodkar y la de McDonald. La técnica transabdominal se reserva sólo para aquellos casos en los que, por razones téc-

nicas, es imposible practicar el procedimiento por vía vaginal o en los que este no ha sido efectivo (Anthony et al, 1997; Hankins et al, 1995).

Vía vaginal. Luego de la administración de anestesia general o peridural, la paciente se coloca en posición ginecológica y se practica antisepsia del cuello y la vagina. Se coloca una valva vaginal posterior y dos laterales; de tal manera que el cuello se pueda visualizar en el centro de la vagina. A continuación se coloca una pinza de Foerster o de DeLee en el labio anterior y otra en el labio posterior para traccionar el cuello. El sitio ideal para el cerclaje es en la unión del epitelio cervical externo con el plegamiento de la mucosa vaginal, o sea a unos 2,5 cm del orificio cervical externo, lo cual corresponde anatómicamente al orificio cervical interno. Para visualizar adecuadamente este punto, se debe desplazar la vejiga hacia arriba con la valva colocada en la pared anterior de la vagina. Cuando se usa la técnica de McDonald modificada, la aguja entra a las 12 y luego de recorrer aproximadamente 1,5 cm, en sentido antihorario, por debajo de la mucosa, se saca y se vuelve a introducir en el sitio de salida, recorriendo así con 5 a 6 lazadas el cuello uterino, hasta el sitio de comienzo de la sutura (fig. 41-3). De esta forma toda la sutura quedará siempre por debajo de la mucosa vaginal. En la técnica de McDonald clásica, la aguja no se introduce en los sitios de salida sino en otro sitio cercano, por lo que parte de la sutura queda por fuera de la mucosa vaginal.

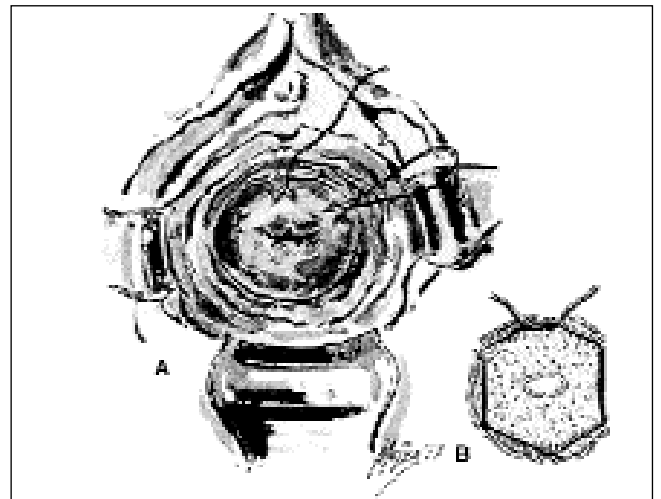


Figura 41-3. Técnica de McDonald. A: forma en que debe ser hecha la sutura. B: forma en que debe quedar la sutura en relación al cuello.

Cuando se usa la técnica de Shirodkar, se realizan dos incisiones de aproximadamente 1 cm, una en la mucosa vaginal anterior y otra en la posterior. Se toma con una pinza de Allis los bordes de cada incisión y se pasa la aguja atraumática, primero de adelante hacia atrás y luego de atrás hacia adelante, para anudar en la parte anterior del cuello. Se realiza la sutura de la mucosa vaginal con material absorbible. De esta forma la sutura con la que se practica el cerclaje también quedará siempre por debajo de la mucosa vaginal.

Una vez terminada de pasar la sutura, se procede a efectuar el estrechamiento del canal mediante presión digital. Para evitar la isquemia, se constata que el orificio queda sólo parcialmente permeable al paso de una bujía de Hegar No. 3 o al pulpejo del dedo índice. Se cortan los cabos a una distancia de 2 a 3 cm del nudo, lo suficientemente largos para poder retirar la sutura con facilidad al término de la gestación. El material de sutura recomendado es el mersilene de 5 mm, aunque también se puede usar la seda trenzada No.1 y la hiladilla de algodón. Este material se retira a la semana 38 de gestación para permitir el parto vaginal. En caso de que el parto se desencadene prematuramente, se debe retirar la sutura precozmente para evitar desgarros del cuello.

Vía abdominal. Para realizar el cerclaje, se realiza una laparotomía con incisión de Pfannenstiel, se desplazan las asas intestinales hacia arriba y se practica la incisión del peritoneo a nivel de su reflexión vesico-uterina. Se desplaza la vejiga hacia abajo mediante disección roma y cortante, hasta que se visualiza la zona del istmo-cuello. Se pasa la aguja de adelante hacia atrás, atravesando el estroma cervicouterino lateral lejos del espacio vascular paracervical y parametrial. Luego se procede de la misma forma en lado contralateral, pero pasando la aguja de atrás hacia adelante, para anudar en la cara anterior del útero. El material de sutura recomendado es el mismo que se usa en la vía vaginal. Finalmente se realiza la síntesis por planos con material absorbible, con lo que el sitio en donde se practicó el cerclaje queda cubierto por la vejiga.

Entre las desventajas de este procedimiento están que se requiere una laparotomía para realizarlo y otra para la cesárea, aumento del riesgo de sangrado por dilatación de los vasos parametriales, potencial compromiso de la vascularización uterina y mayor tasa de pérdida fetal (Marx, 1989).

Se debe recomendar el reposo durante las 48 horas posteriores al procedimiento y, aunque se ha señalado el uso de progesterona, agentes tocolíticos y

antibioticoterapia durante y después del procedimiento, los estudios no han mostrado diferencias en relación con las pacientes que no los usan (Gomez-Lobo, 1993).

Cerclaje de emergencia

Es aquel que se practica cuando el cuello ya está dilatado y las membranas protruyen a través del mismo. A pesar de representar una emergencia, se han señalado tasas de éxito cercanas al 70% cuando se realiza en el segundo trimestre del embarazo (Barth, 1994).

Entre los métodos usados para devolver las membranas protruidas a su sitio se encuentran los siguientes.

1. Introducción de un catéter de Foley largo que ocluya el orificio cervical interno.
2. Amniocentesis para reducir la tensión.
3. Suturar el cuello uterino con el fin de hacerlo más estrecho, cuidando no romper la membranas ovulares.
4. Posición de Trendelenburg.
5. Distensión de la vejiga con 1 a 1,5 lt de solución salina, para desplazar el segmento uterino y evitar que las membranas salgan por el orificio cervical interno.

Ninguna de estas técnicas son beneficiosas para todos los pacientes, por lo que se debe individualizar cada caso, con el fin de realizar la técnica adecuada a cada paciente. En estos casos se recomienda el uso de antibioticoterapia y agentes tocolíticos porque la posibilidad de infección amniótica es mayor (Wu et al, 1996).

Complicaciones

Entre las complicaciones que se han señalado con el cerclaje se encuentran las siguientes.

1. Ruptura prematura de membranas.
2. Corioamnionitis.
3. Desplazamiento de la sutura.
4. Trabajo de parto pretérmino.
5. Laceraciones cervicales.
6. Aumento de la tasa de cesáreas.
7. Lesiones de vejiga y uretra.

La tasa de muerte fetal en pacientes a las que se les practica cerclaje es de 2% a 4% y las causas más frecuentes son la coriamionitis y al parto pretérmino (Treadwell et al, 1991).

A continuación se analizan dos de las complicaciones del cerclaje que presentan controversias con relación con el manejo.

Ruptura prematura de membranas pretérmino. Clásicamente, cuando ocurría una ruptura de membranas se recomendaba extraer de inmediato el cerclaje por el aumento del riesgo de infección intraamniótica; sin embargo, trabajos recientes no señalan un aumento en su incidencia, por lo que en estos casos se debe valorar la relación riesgo-beneficio entre un parto pretérmino y la posibilidad de infección intraamniótica (Lewis et al, 1996).

Desplazamiento de la sutura. En esta situación se debe decidir entre facilitar el trabajo de parto, realizar un segundo cerclaje (cerclaje de rescate) o tratamiento conservador con reposo en cama.

Estos casos deben ser individualizados y analizar las posibles causas de esta complicación, la edad gestacional y la presencia de infección porque posiblemente las mismas causas que originaron el desplazamiento de la primera sutura pueden originar un nuevo desplazamiento (Barth, 1994).

EPISIOTOMÍA

Definición

La episiotomía (EP) es la incisión quirúrgica del periné que se realiza durante el parto con el fin de incrementar el orificio vulvar y de protegerlo contra desgarros de la fascia y de los músculos perineales.

Indicaciones

La EP se realiza con mayor frecuencia en pacientes nulíparas (Tharanov et al, 1990) y se justifica cuando se requiere mayor espacio (distocia de hombros o parto podálico) o en casos en que, por las características del periné, se sospeche la posibilidad de una laceración perineal significativa si no se realiza. A continuación se enumeran algunas de las indicaciones más frecuentes (Hueston, 1996).

1. Nuliparidad.
2. Parto pretérmino.
3. Distocia de hombros.
4. Macrosomía fetal.
5. Parto podálico.
6. Parto instrumental.
7. Variedades posteriores y presentaciones cefálicas deflejadas.

8. Riesgo significativo de laceración mayor.

Clasificación

De acuerdo a su posición en relación con la línea media puede ser: lateral, mediana y oblicua o medio-lateral (fig. 41-4).



Figura 41-4. Cabeza fetal coronando y sitios donde se puede practicar la episiotomía. A: lateral, B: oblicua, C: mediana

La EP lateral resulta cuando la incisión se hace lateral al orificio vulvar formando un ángulo recto con la línea media, generalmente se hace bilateral y en la actualidad se encuentra en desuso. La EP mediana se efectúa sobre la línea media, desde la comisura vulvar posterior u horquilla vulvar hasta el esfínter anal. La EP oblicua o mediolateral es cuando la incisión se extiende desde la horquilla vulvar y penetra dentro del periné hacia abajo y afuera formando un ángulo de 45° con la línea media en dirección de la tuberosidad isquiática.

Técnica

La EP se debe practicar cuando la cabeza aparece en la vulva, es decir, cuando la presentación se apoya en el periné en el cuarto plano de Hodge, justo antes de distenderlo y de dilatar el anillo vulvar (fig. 41-5).

En Estados Unidos se realiza preferentemente la EP mediana (Shiono et al, 1990), en contraste con Europa, Canadá y Suráfrica, donde se realiza más comunmente la EP oblicua (Larsson et al, 1991; Walker et al, 1991; Bex and Hofmeyr, 1987).

Sin embargo, existen muchas diferencias en la práctica, las cuales deben ser consideradas al evaluar los riesgos y beneficios de cada una de ellas. Por ejemplo, las complicaciones de la mediana se limitan a

la extensión espontánea que involucra daño del esfínter anal y/o mucosa rectal. En la mayoría de las EP medianas la reparación es muy fácil, no obstante, la incidencia de fístulas rectovaginales es mayor que en las EP oblicuas. Por otro lado, las oblicuas se complican más frecuentemente con hematomas, mala cicatrización y dispareunia.

Las ventajas y desventajas de la EP mediana en comparación con la oblicua se pueden apreciar en la tabla 41-1 (Cunningham et al, 1997).

Episiorrafia

Consiste en la síntesis de la episiotomía y se han descrito múltiples técnicas. A continuación se señala el material de sutura utilizado y las técnicas de uso más común.

Material de sutura. Los principales materiales utilizados para la reparación del trauma perineal incluyen sutura absorbible y no absorbible. Entre el material absorbible se encuentra el catgut crómico y

Tabla 41-1. Comparación entre episiotomía mediana y oblicua.

Características	Mediana	Oblicua
Reparación quirúrgica	Fácil	Más difícil
Cicatrización defectuosa	Rara	Más frecuente
Dolor postoperatorio	Mínimo	Frecuente
Resultado anatómico	Excelente	Buena
Pérdida sanguínea	Menor	Mayor
Dispareunia	Rara	Más frecuente
Extensión	Frecuente	Rara

los derivados del ácido poliglicólico (Dexon y Vicryl). Para la sutura transcutánea, las absorbibles han reemplazado a las no absorbibles como el nylon y la seda que se utilizaban en el pasado.

Algunos autores consideran a los derivados del ácido poliglicólico como los de elección porque se han asociado con una mayor reducción del dolor y de necesidad de analgesia (Grant, 1989); sin embargo, este beneficio contrasta con la necesidad de tener que retirar la sutura durante el puerperio. Más de un tercio de las mujeres requieren la remoción de los derivados del ácido poliglicólico durante los primeros 10 días del puerperio, comparado con un 12% de las pacientes en las que se utilizó el catgut crómico (Mahomed et al, 1989). Las razones más comunes son irritación y tensión perineal. El uso de catgut crómico se asocia con una disminución importante de la fuerza tensil, lo que puede ocasionar dehiscencia de la sutura (Banninger et al, 1978).

Las suturas no absorbibles (seda y nylon) utilizadas en la reparación de la piel causan mayor dolor que las suturas absorbibles antes mencionadas. Una alternativa para unir los bordes de la piel, es la utilización del adhesivo histoacrílico, el cual evita el dolor

en la herida operatoria causado por los materiales comunes (Adoni and Anteby, 1991).

Oblicua o mediolateral. La síntesis de la EP se debe realizar luego de la expulsión de la placenta y de la revisión uterina. El cirujano debe colocar su segundo y tercer dedo de la mano dentro de la vagina y separarlos para visualizar el ángulo. Utilizando catgut crómico o vicryl 00, se inicia la síntesis a 1 cm por detrás del ángulo de la incisión, aproximando los bordes de la mucosa vaginal con puntos continuos. Es importante suturar sólo la mucosa sin apoyar los puntos en el plano muscular profundo porque provoca depresión del suelo vaginal, ampliando el diámetro final de la vagina.

Si la episiotomía fue amplia, se recomienda detener la sutura continua y colocar puntos separados en el plano muscular profundo porque si se completa el plano mucoso en un primer tiempo se hace difícil la rafia del plano muscular profundo. La sutura continua se debe llevar hasta el nivel de las carúnculas himenales practicando el nudo de la misma. A continuación se debe reparar el diafragma urogenital empleando puntos se-parados. En el plano muscular los puntos se deben tomar de manera profunda, sin dejar espacios

muerdos, realizando hemostasia cuidadosa y sin sobrepasar la pared rectal anterior. Posteriormente se colocan puntos para aproximar el tejido celular subcutáneo y se finaliza con la sutura transcutánea o intradérmica de la piel utilizando sutura 00 o 000 de manera continua o a puntos separados.

Mediana. Se realiza con puntos continuos que incluyen la mucosa vaginal, el plano muscular superficial y la piel (fig. 41-5). El plano mucoso se repara con puntos continuos comenzando detrás del ángulo y terminando al nivel de las curúnculas himenales, en donde se practica un nudo, se refiere el hilo y no se corta para luego continuar. Se toman puntos separados en el plano muscular profundo y se sigue con la misma sutura de la mucosa que se había referido, hacia el plano muscular superficial. Esta sutura finaliza a nivel del esfínter anal, donde se practica otro nudo. Por último se colocan puntos continuos intradérmicos o transdérmicos, desde el margen inferior de la episiotomía hasta alcanzar el introito vaginal.

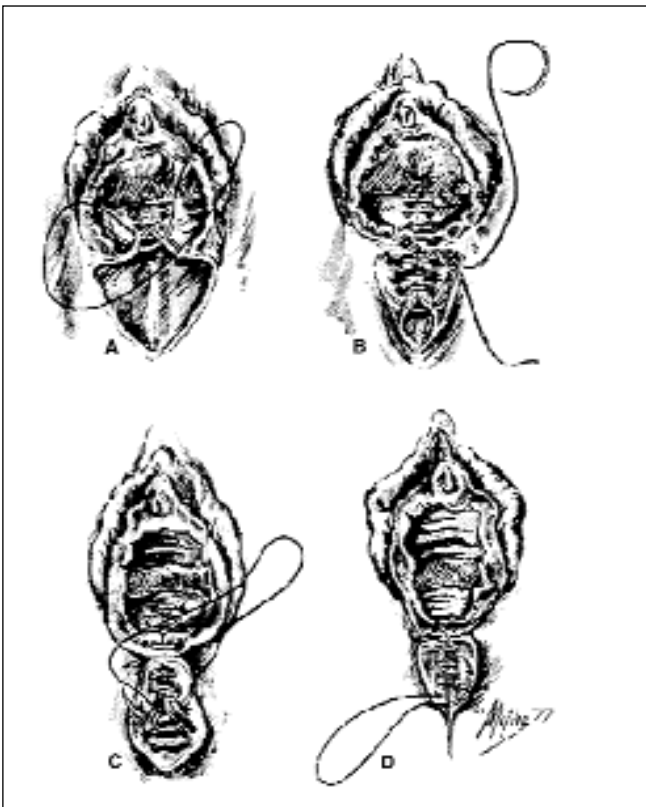


Figura 41-5. Técnica de la episiorrafia media A: sutura de mucosa con puntos continuos, comenzando detrás del ángulo. B: sutura del plano muscular profundo. C: sutura del plano muscular superficial.

Complicaciones

Las complicaciones pueden ser inmediatas y tardías como se señala en la tabla 41-2.

Reparación de la dehiscencia

La incidencia de la dehiscencia de la episiorrafia (DE), se encuentra entre 0,1% a 2,1% (Ramin and Gilstrap, 1994). Existen factores predisponentes tales como infección bacteriana de la piel, virus de papiloma humano, hábitos tabáquicos y la hemorragia excesiva o formación de hematomas, secundarios a trastornos de la coagulación heredados o adquiridos (Snyder et al, 1990).

Tabla 41-2. Complicaciones de la episiotomía.

Inmediatas
Laceraciones de tercero y cuarto grado
Hemorragia profusa
Hematomas
Penetración de los puntos en la luz rectal
Tardías
Hematomas
Dehiscencia
Infecciones
Celulitis
formación de abscesos
Fistula recto-vaginal
Cicatrización defectuosa
Dispareunia
Endometriosis en el lugar de la episiotomía

Una vez que se hace el diagnóstico de la DE, se debe realizar una inspección cuidadosa de la herida, en busca de datos de infección, cuyos signos y síntomas principales son dolor (65%), secreción purulenta (65%) y fiebre (44%), así como expulsión de flatos y de heces por la vagina (Ramin et al, 1992).

Mediante sedación intravenosa o en quirófano bajo analgesia regional se debe realizar extirpación de todo el tejido necrótico, retiro de fragmentos de sutura y abertura total de la herida, con posterior irrigación copiosa de solución de iodopovidona, peróxido de

hidrógeno y solución salina estéril. Si está indicado, se administran antibióticos de amplio espectro por vía IV durante la intervención y se continúan por espacio de 48 a 72 horas. La herida quirúrgica se debe curar 2 a 3 veces al día, mediante el cepillado e instilación de las soluciones mencionadas. Para disminuir las molestias de la paciente se puede aplicar jalea de lidocaína al 1% en la herida, antes de realizar las curas y meperi-dina en caso de dolor severo. Se realizarán baños de asiento varias veces al día de manera de mantener el periné tan limpio y seco como sea posible. Antes de realizar la reparación de la dehiscencia, se procederá a la preparación mecánica del intestino y ayuno la noche previa a la intervención.

La reparación se inicia una vez que la superficie de la herida quirúrgica esté libre de exudado y cubierta por tejido de granulación rosado el cual se debe retirar para lograr una buena cicatrización. La reparación se realiza por planos e incluye la reaproximación de la mucosa rectal con catgut crómico 000 ó 0000 a puntos continuos. El reforzamiento del tabique recto-vaginal se hará con catgut crómico 00 ó 000 a puntos separados o continuos. Se repara entonces el esfínter anal externo con 4 ó 5 puntos separados de Vicryl o Catgut 00. El resto de la herida se repara como se describe para una episiorrafia (Hauth et al, 1986). Los cuidados postoperatorios incluyen dieta baja en residuo, baños de asiento 3 ó 4 veces al día, aplicación de calor en región perineal con lámpara y observación continua.

LESIONES DEL CANAL DEL PARTO

Desgarros perineales

Son una de las complicaciones maternas más comunes del parto vaginal y suceden con una frecuencia del 2% al 15% (McGuinness et al, 1991; Larsson et al, 1991).

Para interpretarlos correctamente, se debe conocer la definición empleada para cada uno de los grados. Los desgarros de primer grado incluyen laceraciones superficiales de la mucosa vaginal o cuerpo perineal y no requieren sutura. Los de segundo grado, involucran la mucosa vaginal y/o la piel perineal y el tejido subcutáneo profundo. En los de tercer grado la extensión de la laceración es hasta cualquier parte de la cápsula o el músculo del esfínter anal, con afectación de la mucosa rectal, estos dos últimos grados requieren reparación quirúrgica (Hankins et al, 1995).

En la reparación de los desgarros de tercer grado, la mucosa rectal se sutura a puntos separados con invaginación luz y la fascia perirrectal a puntos separados. En ambos planos se debe emplear material de sutura absorbible. El esfínter se repara con 2 o 3 puntos del mismo material y el resto del desgarro se sutura por planos, en forma similar a la episiorrafia (fig. 41-6). Los cuidados postoperatorios están contemplados en la revisión de la dehiscencia de la episiorrafia.

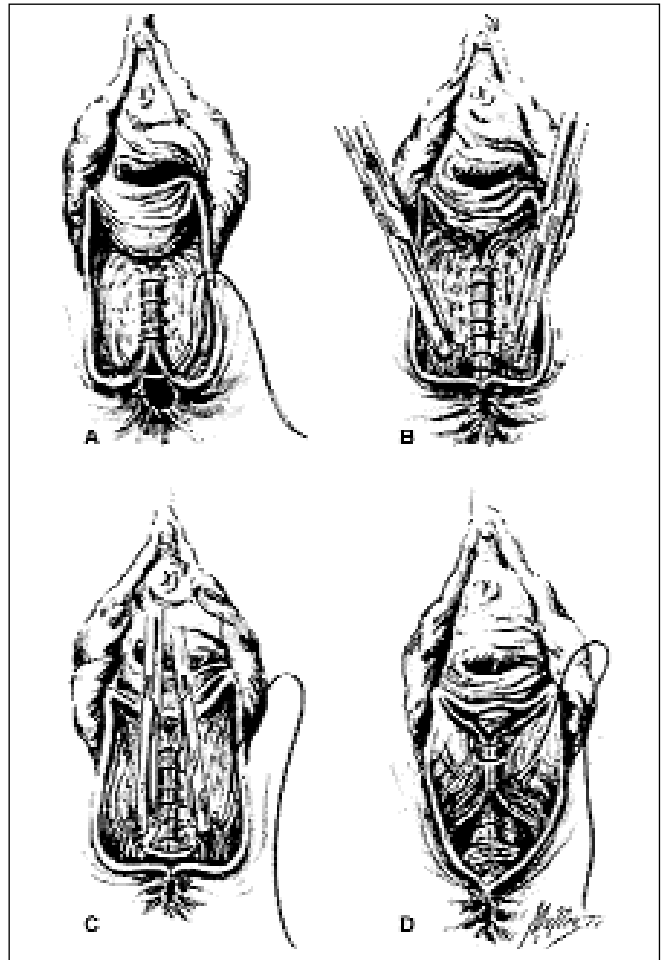


Figura 41-6. Técnica para suturar el desgarro de tercer grado, complicado con desgarro del recto. A: sutura de la mucosa rectal con puntos separados invaginantes. B: toma de los cabos del esfínter del ano con pinzas de Allis. C: sutura con dos o tres puntos separados. D: sutura de la fascia perirrectal a puntos separados. El resto se cierra de manera similar a la episiorrafia media.

Desgarros vaginales

La mayoría de las laceraciones vaginales ocurren de manera espontánea, tomando la línea media en su porción posterior o en el área anterior periuretral. Los desgarros posteriores del cuerpo perineal o de la vagina se deben reparar si sobrepasan la mucosa vaginal y la técnica de reparación es igual a la de los desgarros perineales.

Los desgarros anteriores que involucran el labio menor o la región periuretral, deben ser inspeccionados cuidadosamente, si no sangran no requieren de sutura. Si la laceración se encuentra cercana a la uretra y requieren reparación, es prudente la inserción de un catéter de Foley, no sólo para facilitar el afrontamiento, sino también para evitar el edema que puede ocasionar retención urinaria en el puerperio. Se debe utilizar sutura catgut crómico, Dexon o Vicryl 000 ó 0000.

Ocasionalmente las laceraciones se pueden profundizar y disecar hasta la fosa isquiorectal, exponiéndose tejido fibroadiposo de color amarillo, característico de este espacio. Se realizará entonces sutura hemostática con puntos continuos utilizando catgut crómico 00 (Hankins et al, 1995).

Desgarros cervicales

Comúnmente las laceraciones del cuello uterino ocurren a nivel de la hora 3 y 9 y, si no existe evidencia de sangrado y no son muy extensas, no se reparan. Las laceraciones más significativas se encuentran asociadas con partos instrumentales, manipulación intrauterina en caso de la atención del segundo gemelo o presentaciones cefálicas deflejadas y en el trabajo de parto precipitado. Se sospecha de laceración cervical si persiste sangrado genital rojo brillante con buen tono uterino.

En raras ocasiones, el labio cervical anterior se aprisiona entre la cabeza fetal y la sínfisis del pubis, si pasa desapercibido, no se reducirá manualmente conduciendo a una isquemia severa y como consecuencia necrosis y desprendimiento.

Cuando ocurre sangrado importante o la lesión es extensa la reparación quirúrgica es necesaria con una adecuada anestesia y exposición del campo operatorio, mediante la utilización de un buen asistente y pinzas de Foerster que permiten manipular los bordes cervicales y

visualizar el ángulo del desgarro. La sutura se realiza con material absorbible tipo Catgut, Dexon o Vicryl 00 a puntos continuos, comenzando por detrás del ángulo y afrontando los bordes con cuidado para evitar la everción del endocervix hasta terminar donde anatómicamente estuvo el orificio cervical externo (Hankins et al, 1995) (fig. 41-7).



Figura 41-7. Técnica para la sutura de los desgarros cervicales.

CONCLUSIONES

Durante la práctica obstétrica diaria el médico debe realizar operaciones que frecuentemente no requieren hospitalización prolongada y que muchas se usan de forma preventiva para evitar complicaciones mayores.

De estas intervenciones la más frecuente es la episiotomía que es la incisión quirúrgica del periné durante el parto, con el fin de incrementar el orificio vulvar y de protegerlo contra desgarros de la fascia y de los músculos perineales. Es una operación que se usa de rutina en la atención de casi todos los partos en nulíparas y puede ser, de acuerdo con su ubicación en el periné, oblicua, transversa y mediana. La mediana es la que produce menos dolor y es de más fácil reparación, pero tiene el inconveniente de que se puede complicar con desgarros perinales de tercer grado.

La segunda intervención menor más practicada es el curetaje o aspiración uterina, que consiste en la

remoción del contenido de la cavidad uterina y del endometrio por medio de instrumentos especiales. Es una intervención que se debe practicar en un área quirúrgica estéril con todos los cuidados de una intervención mayor para evitar la infección que es una de las complicaciones más peligrosas.

El cerclaje es una operación que se practica generalmente después de la semana 14, para el tratamiento de la incompetencia cervical. Se puede hacer por vía vaginal o por vía abdominal, pero la segunda se reserva sólo para los casos en que falle la primera o que, por razones técnicas, no pueda ser practicada por vía vaginal. Se ha utilizado como una operación de emergencia mediante diferentes técnicas y con resultados prometedores, en casos en que la dilatación cervical es amplia y exista protrusión de las membranas ovulares.

Se debe conocer cómo reparar las lesiones del canal del parto porque son complicaciones frecuentes, que si no se corrigen adecuadamente pueden traer complicaciones a corto y largo plazo, que producen alteración en la calidad de vida de la mujer.

REFERENCIAS

- Adoni A, Anteby E. The use of Histoacryl for episiotomy repair. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98(5):476-8.
- Anthony GS, Walker RG, Cameron AD, Price JL, Walker JJ, Calder AA. Transabdominal cervico-isthmus cerclage in the management of cervical incompetence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 72(2):127-30.
- Banninger V, Buhrig H, Schreiner WE. Vergleichende Studie über die Verwendung von Polyglykolsäure(Dexon) and Chromicatgut als Nahtmaterial bei der Episiotomie. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1978; 38(1):30-3.
- Barth WH. Cervical incompetence and cerclage: unresolved controversies. *Clin Obstet Gynecol* 1994; 37(4):831-41.
- Bex PJ, Hofmeyr GJ. Perineal management during childbirth and subsequent dyspareunia. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1987; 14(2):97-100.
- Burkman RT, Tonascia JA, Atienza MF, King TM. Untreated endocervical gonorrhoea and endometritis following elective abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126(6):648-51.
- Chua S, Arulkumaran S, Vanaja K, Ratnam SS. Preinduction cervical ripening: prostaglandin E2 gel vs hygroscopic mechanical dilator. *J Obstet Gynaecol Res* 1997; 23(2): 171-7.
- Cooper RL, Goldenberg RL, Creasy RK, Dubard MB, Davis RO, Entman SS. A multicenter study of preterm and gestational age-specific neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:78.
- Cunnineham FG, MacDonald PC, Grant NF, Leveno KF, Gilstrap L III(editors). *Williams Obstetrics*. 20th ed. Stamford: Appleton & Lange, 1997.
- Gomez-Lobo V. Cervical cerclage. *Postgrad Obstet Gynecol* 1993; 13(21):1-6.
- Grant A. The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96(11):1281-9.
- Grimes D, Ross W, Hatcher R. Rh immunoglobulin utilization after spontaneous and induced abortion. *Obstet Gynecol* 1977; 50(3):261-3.
- Grimes DA. Surgical management of abortion. In: Matingly R, Thompson JT,(editors). *TeLinde's operative gynecology*. Philadelphia: J.B. Lippincot, 1991.
- Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortions: a report of 170 000 cases [see comments] *Obstet Gynecol* 1990; 76(1):129-35. Comment in: *Obstet Gynecol* 1990; 76(6):1145-6
- Hakim-Elahi E. Postabortal amenorrhoea due to cervical stenosis. *Obstet Gynecol* 1976; 48(6):723-4.
- Hankins GD, Clark SL, Cunningham FG, Gilstrap LC III. Episiotomy. In: *Operative Obstetrics*. Stamford: Appleton & Lange, 1995.
- Hankins GD, Clark SL, Cunningham FG, Gilstrap LC III. Puerperal hematomas and lower genital tract lacerations. In: *Operative Obstetrics*. Stamford: Appleton & Lange, 1995.
- Hankins GD, Steven LC, Cunningham FG, Gilstrap LC III. Operative procedures on the cervix. In: *Operative Obstetrics*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1995.
- Hauth JC, Gilstrap LC 3d, Ward SC, Hankins GD. Early repair of an external sphincter ani muscle and rectal mucosal dehiscence. *Obstet Gynecol* 1986; 67(6):806-9.
- Hueston WJ. Factors associated with the use of episiotomy during vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 1996; 87(6):1001-5.
- Johnson N, Brady J. Dilating the cervix medically to overcome an unsatisfactory colposcopy: 5 year follow up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 69(2):125-7.
- Kline S, Meng H, Munsick R. Cervical dilation form laminaria tents and synthetic osmotic dilators used for 6 hours before abortion. *Obstet Gynecol* 1995; 86(6):931-5.
- Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Bergman B, Wallsternson G. Advantage or disadvantage of epi-

- siotomy compared with spontaneous perineal laceration. *Ginecol Obstet Invest* 1991; 31:213.
- Levallois P, Rioux J. Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: results of a clinical controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158(1):100-5.
- Levine RU, Berkowitz KM. Conservative management and pregnancy outcome in diethylstilbestrol-exposed women with and without gross genital tract abnormalities. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(5):1125-9.
- Lewis R, Mercer BM. Selected issues in premature rupture of the membranes: herpes, cerclage, twins, tocolysis, and hospitalization. *Semin-Perinatol* 1996; 20(5):451-61.
- Mahomed K, Grant A, Ashurst H, James D. The Southmead perineal suture study: a randomized comparison of suture and materials and suturing techniques for repair of perineal trauma. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96(11):1272-80.
- Marx PD. Transabdominal cervicoisthmic cerclage: a review. *Obstet Gynecol Survey* 1989; 44(7):518.
- McGuinness M, Norr K, Nacion K. Comparison between different perineal outcomes on tissue healing. *J Nurse Midwifery* 1991; 36(3):192-8.
- Population Reports Dilatación Cervical - Una revisión - Population Reports 1979; Serie F, No. 6.
- Ramin SM, Gilstrap LC 3d. Episiotomy and early repair of dehiscence. *Clin Obstet Gynecol* 1994; 37(4):816-23.
- Ramin SM, Ramus RM, Little BB, Gilstrap LC. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167(4 Pt 1):1104-7.
- Salazar F, Ruilova I, Azuaga A, Magnelli A, Hernández C. Retención de los productos de la concepción en la aspiración uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990; 50(3):124-6.
- Schulz K, Grimes DA, Cates W Jr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983; 1(8335):1182-5.
- Shiono P, Klebanoff MA, Carey JC. Midline episiotomies: more harm than good? [see comments]. *Obstet Gynecol* 1990; 75:765-70. Comment in: 1990; 76(3 Pt 1):474-5.
- Shortle B, Jewelewicz R. Clinical aspects of cervical incompetence. Chicago: Year Book Medical Publisher, 1989:3.
- Snyder RR, Hammond TL, Hankins GD. Human papillomavirus associated with poor healing of episiotomy repairs. *Obstet Gynecol* 1990; 76(4):664-7.
- Thranov I, Kringelbach AM, Melchior E. Postpartum symptoms. Episiotomy or tear at vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1990; 69(1):11-5.
- Treadwell MC, Bronsteen RA, Bottoms SF. Prognostic factors and complication rates for cervical cerclage: a review of 482 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165(3):555-8.
- Walker MP, Farine D, Rolbin SH, Ritchie JWK. Epidural anesthesia, episiotomy, and obstetric laceration. *Obstet Gynecol* 1991; 77(5):668-71.
- Wu MY, Yang YS, Huang SC, Lee TY, Ho-HN. Emergent and elective cervical cerclage for cervical incompetence. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 54(1):23-9.

