

# Esfinteroplastía . Indicaciones y Técnica



Dr. Juan E. Suárez Molina  
Universidad de Valparaíso

Pucón, noviembre de 2015

# Esfinteroplastía - Indicaciones

- Después de descartar patologías asociadas :  
fístula R-V , prolapso , EI , tumores , etc.
- Colonoscopia ante sospecha , o > 50 años
- Solo después de agotar terapia médica, el biofeedback y la neuromodulación periférica

# Esfinteroplastía - Indicaciones

- Defectos aislados del esfínter externo no  $> 120$  grados en ECO ( asociados, o no, a defecto esfínter interno en la misma zona )
- Pacientes con incontinencia fecal mayor : ( puntaje Wexner 9 , o más )
- Consentimiento muy bien informado sobre resultados a corto y largo plazo

# Esfinteroplastía - Contraindicaciones

- Embarazo ( test )
- Infección perineal activa, o trauma reciente mayor de 6 – 8 hrs, o lesión obstétrica desastrosa < 3 a 6 meses
- Defectos esfinterianos múltiples, o > 120 grados
- Neuropatía pudenda y edad > 50 años no son contraindicación, aunque algunos comunican peores resultados

# Estudios fundamentales para Esfinteroplastía

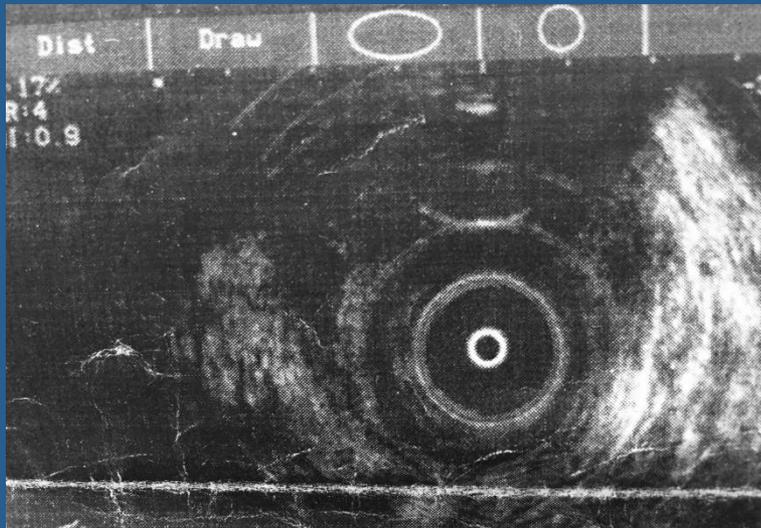
- Evaluación multi disciplinaria : Historia clínica y Examen físico ( uro- gine- ano- rectal )
- Clasificación del tipo y del grado de severidad de la incontinencia con puntaje Wexner ( 0-20 )
- Endoscopía baja
- Endosonografía del esfínter anal
- Manometría anorrectal

# Endosonografía Anal

Ruptura exclusiva del esfínter externo

100 grados

140 grados



# Esfinteroplastía - Preoperatorio

- Preparación del recto o del colon
- Antibióticos peri operatorios
- Anestesia espinal
- Sonda Foley en pabellón
- Posición de litotomía, o en decúbito prono
- No requiere colostomía, salvo excepciones

# Esfinteroplastía - Técnica quirúrgica

- Infiltrar con epinefrina al 1 x 100 mil
- Incidir en arco no > 180-200 grados, por fuera del esfínter externo ( pudendos : póstero laterales )
- Comenzar la disección externa -lateral al defecto- separando la grasa isquio anal del esfínter , el cual sirve de guía
- Disección interna, inter esfintérica , si el esfínter interno está indemne ; o adyacente a la mucosa si están lesionados ambos esfínteres

# Esfinteroplastía - Técnica quirúrgica

- Profundizar disección hasta plano elevador
- Disecar recto de vagina al final (difícil )
- Ayuda el dedo en vagina o recto. Suturar brechas con poliglactina 3-0. Resecar y suturar algún sector de vagina y recto redundante, o desvitalizado
- Seccionar el defecto fibrótico . No resecarlo

# Esfinteroplastia - Técnica quirúrgica

- Probar el Traslape músculo-fibrótico ajustando el ano al diámetro del índice, sin tensión excesiva
- Plegar el esfínter interno si está indemne
- Suturar el Traslape con polidioxanona 2-0 : 3 pares de puntos , en “U” (colchonero)
- Suturar por planos los tejidos subcutáneos y piel, quedando la incisión en arco convertida en “Y”, abierta al centro, para drenaje

# Esfinteroplastia - Técnica quirúrgica

- Difícil suturar el puborrectal sin tensión excesiva
- No estrechar vulva ni vagina
- No usar drenajes . Sujetar apósitos con calzón de malla elástica , no usar tela adhesiva .
- Algunos autores agregan un trocito de malla biológica Surgisis ( Hull T.) , e incluso otros comienzan a añadir células madre a la reparación

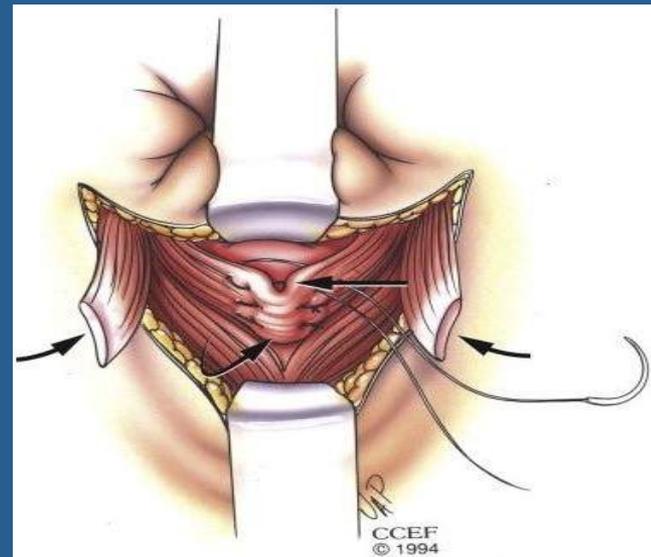
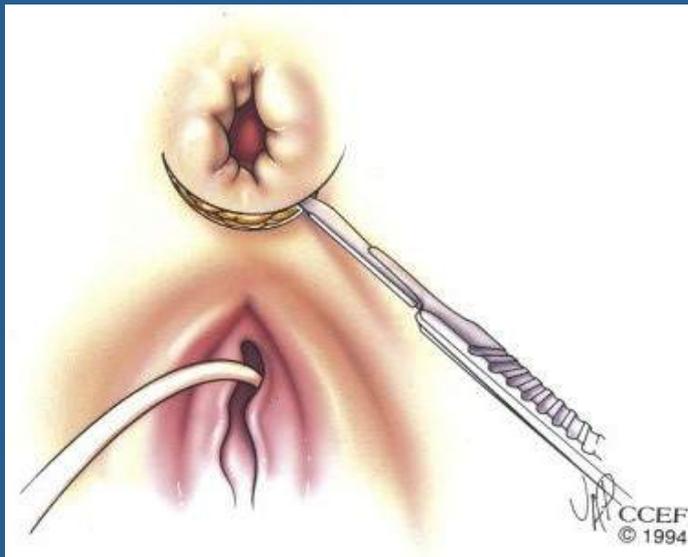
# Reparación quirúrgica del esfínter interno

Ha fracasado , dejando paso a los Agentes inyectables locales . Pobres resultados . Recomendación débil , 2 B\*

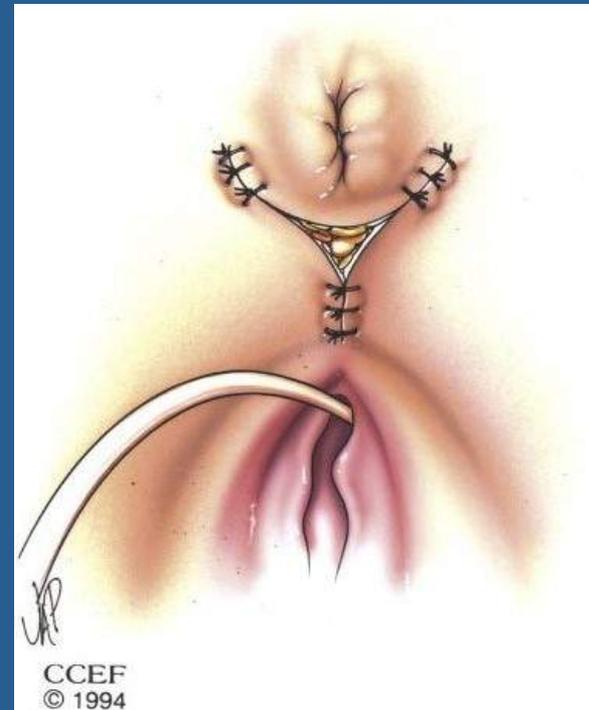
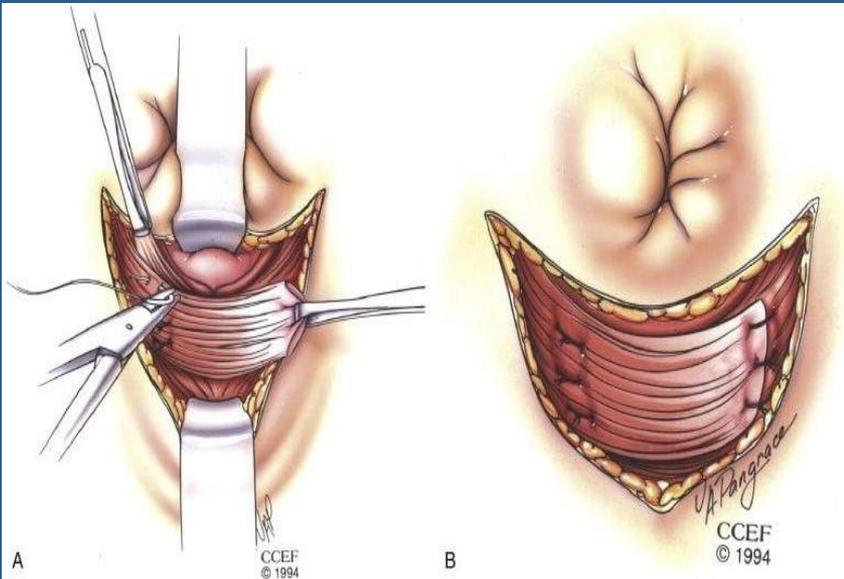
Existen muchos . El único aprobado por la FDA ( 2011 ) es el dextranómero del ácido hialurónico : NASHA Dx

\* DCR; 2015 :623-66

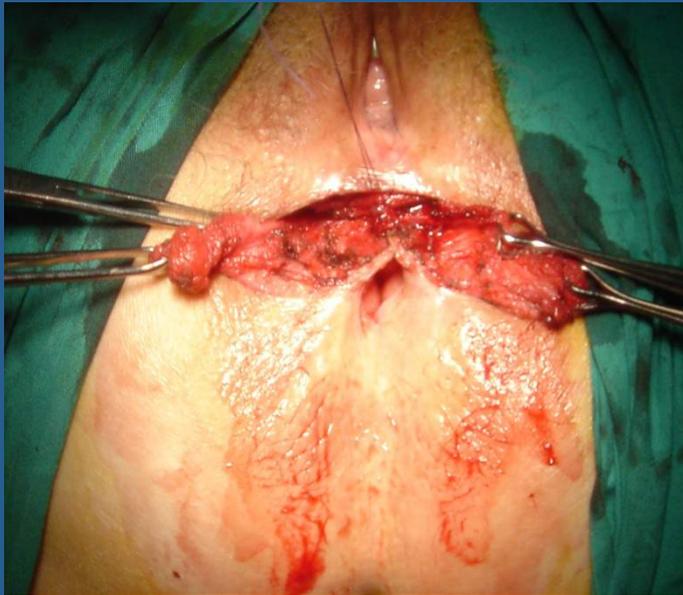
# Esfinteroplastia - Técnica



# Esfinteroplastia - Técnica



# Esfinteroplastia - Técnica



# Endosonografía pre ( 110 grados ) y post operatoria



# Esfinteroplastía - Postoperatorio

- Continuar AB según criterio personal
- Dieta con fibra y líquidos abundantes
- Retirar Foley a las 48 hrs.
- Laxantes suaves ( plántago ovata , etc.)
- Aseo local con SF , cambios de apósito sujetos con calzón elástico de malla

# Complicaciones Esfinteroplastía

- Sangrado . Hematoma .
- Infección y dehiscencia planos superficiales : hasta 25 %
- Fecaloma
- Dehiscencia de la plastía
- Empeoramiento de la incontinencia
- Dispareunia
- Áreas de hipo o anestesia , perianal o vulvar

# Esfinteroplastía - Resultados

- Éxito a corto plazo 70 – 85 %
- Éxito a largo plazo (5-10 años) 50 - 40 % ,  
e incluso bastante menos : 14 – 10 %

# Esfinteroplastía fallida

- Biofeedback , si la plastía está en buenas condiciones en la endosonografía
- Repetir la esfinteroplastía : posible , pero hoy cuestionada , al existir otras opciones \*
- Neuromodulación periférica , o sacra, pueden ser efectivas , aun con daño del esfínter
- Esfínter artificial
- Colostomía

\* DCR 2015;58:623-66

Si la Neuromodulación es efectiva  
existiendo daño del esfínter



¿ Continúa vigente  
la  
eroplastía ?

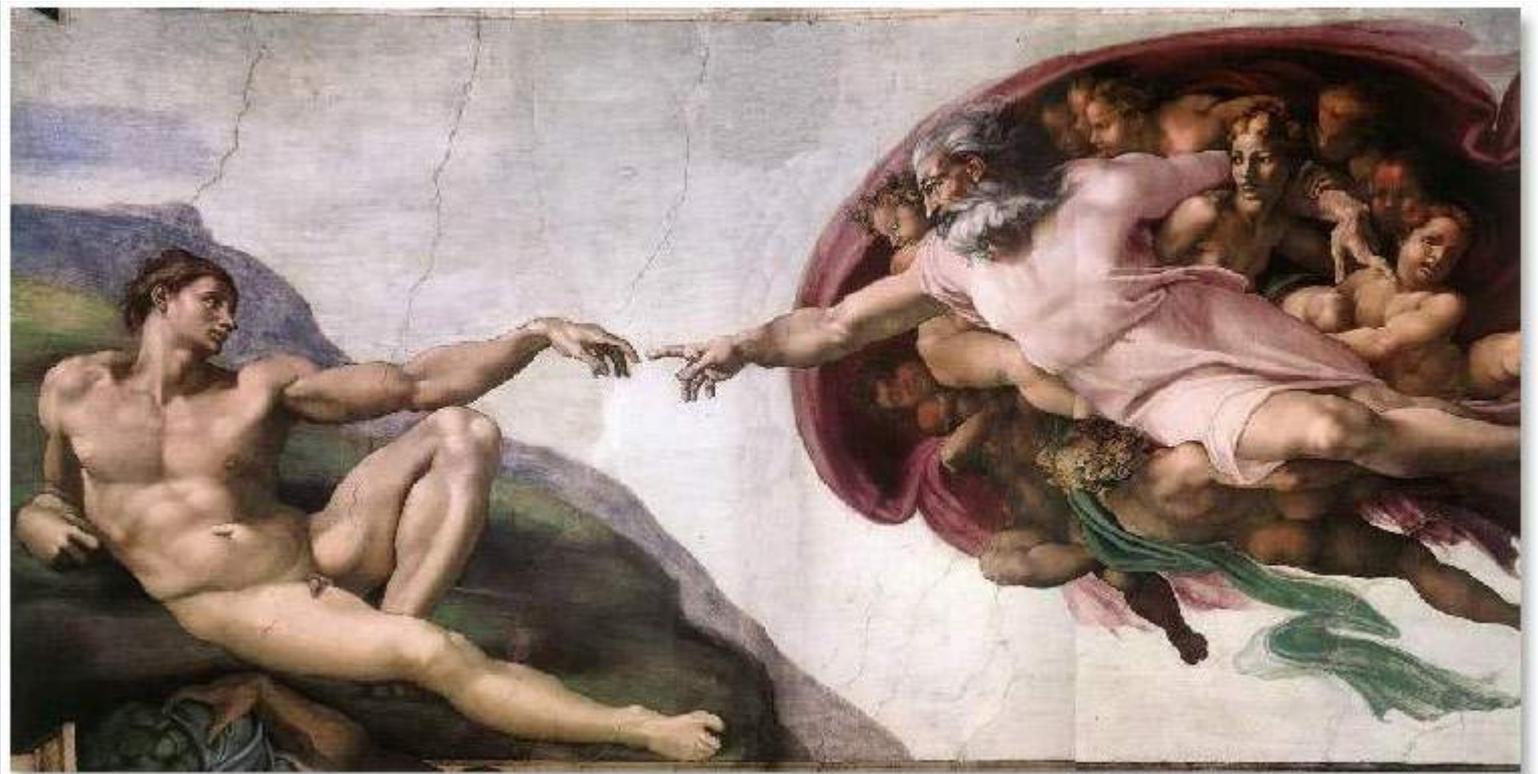
# Esfinteroplastía vs Neuromodulación Sacra

- “ La Esfinteroplastía puede ofrecerse a pacientes con un defecto definido del esfínter anal externo “
- “ La Neuromodulación Sacra puede considerarse como una opción quirúrgica de primera línea para pacientes con incontinencia fecal , sin daño, e incluso con daño esfinteriano “
- Ambos enunciados con recomendación fuerte,1 B
- The A. S. Colon & Rectal Surgeons ‘ Clinical Practice Guideline for the treatment of Fecal Incontinence DCR 2015; 58 : 623-66

# Esfinteroplastía . Continúa vigente

- Considerando lo expresado en la Guía Clínica recién mencionada ( 2015 ) la Esfinteroplastía continúa plenamente vigente , ya que además , es mucho más económica y disponible que la Neuromodulación Sacra
- De hecho, continúa figurando en todos los algoritmos
- Recomiendo el algoritmo publicado en Rev Med Clin Las Condes 2013; 24(2): 249-61 . Claudio Wainstein y cols.

# Sólo Dios crea esfínteres







# Esfinteroplastía ¿ Continúa vigente ?

