



Lacerações de parto vaginal que atingem o complexo esfinteriano anal (de 3º grau), e/ou a mucosa anorretal, (4º grau). Estão associadas a curto prazo com aumento da morbidade, infecções e dor e mais gravemente a longo prazo com distúrbios da continência fecal. Incidências acima de 5% são consideradas altas e estão associadas à má assistência ao parto.

Etiologia: multifatorial.

I. ASSISTENCIAL

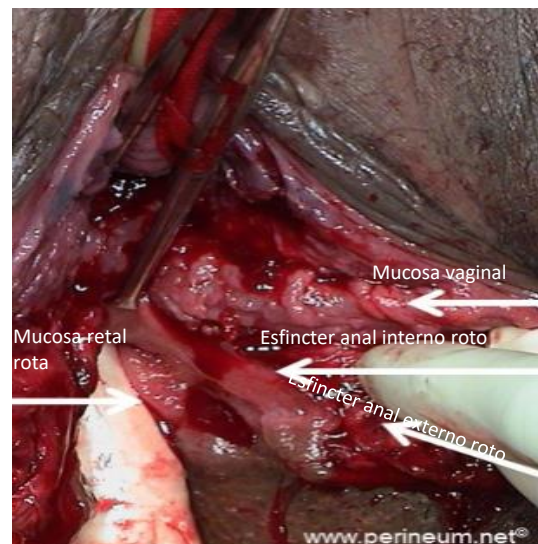
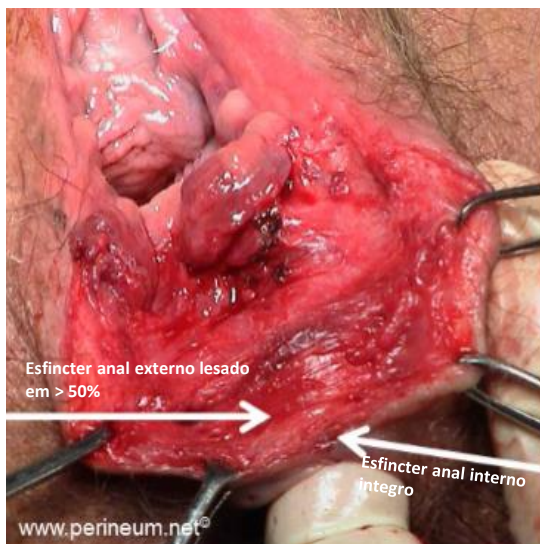
1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico, com **identificação das estruturas lesadas** pelo exame físico. A realização de **toque retal** é mandatória para todos os casos de suspeição de lesão grave, e busca avaliar a integridade da mucosa retal e dos esfínteres interno e externo. A paciente deve estar em posição confortável que favoreça a exposição local, **sob analgesia**, com iluminação adequada

Classificação	
Laceração de 3º grau	Acomete o complexo esfinteriano anal, subdivide-se em: 3a: acomete menos de 50% da espessura do esfínter anal externo 3b: acomete mais de 50% do esfínter anal externo 3c: acomete todo o esfínter anal externo e o esfínter anal interno
Laceração de 4º grau	Acomete esfínter anal e mucosa anorretal

2. FATORES DE RISCO CONHECIDOS

Nuliparidade	Etnia oriental
Peso de nascimento maior que 4000kg	Período expulsivo superior a duas horas
Distócia de ombros	Parto instrumentalizado
Desprendimento fetal em posição occipitossacro	Laceração perineal grave prévia



3. TRATAMENTO

ANTIBIÓTICOPROFILAXIA – DOSE ÚNICA ENDOVENOSA

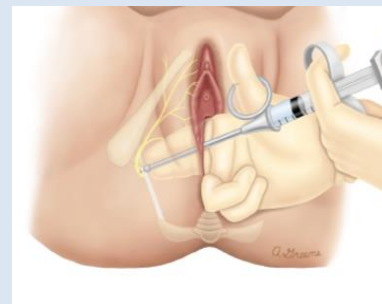
Cefazolina 2g (3g se peso > 120kgs)	+	Metronidazol 500mg
Alternativa:		
Clindamicina (900 mg) ou Vancomicina (15 mg/kg; max 2g)	+	Gentamicina (5 mg/kg) ou Ciprofloxacino (400 mg)

Analgesia

Analgesia de parto: Anestesiaperidural e/ou raquianestesia

Anestesia local: 5 a 20ml de Lidocaína 1 ou 2%, infiltração local

Duplo bloqueio de pudendo: Injeção bilateral de 10mL de lidocaína a 2% no trajeto do nervo pudendo, localizado imediatamente abaixo do ligamento sacroespinhoso, usando a palpação da espinha isquiática como referência.



Duplo bloqueio de pudendo

Reparo cirúrgico imediato. Pode ser postergado, sem prejuízo, por até 8 horas.

- 1) Orientação da paciente, analgesia, início de antibiótico, posicionamento e materiais adequados.
- 2) Identificação correta das estruturas anatômicas e, se necessário, dissecação em camadas.
- 3) Início do reparo de posterior para anterior

Mucosa retal: pontos simples ou contínuos, com fio sintético absorvível de Poliglactina370 (VICRYL®) 3-0. Suturas em “oito” ou “X” devem ser evitadas por risco de isquemia.

Esfínter anal interno: deve ser identificado e reparado separadamente. Frequentemente, retrai-se lateral e superiormente e aparece como **tecido espesso, rosa pálido e brilhante**. Sutura em “U” (técnica “end to end”), com VICRYL® 3-0

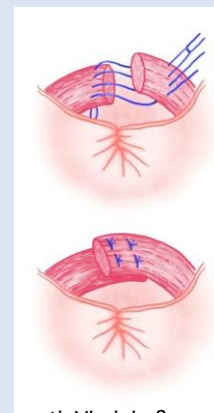
Esfínter anal externo: mais arroxeadado, também se retrai na maioria das lesões. Em casos de lacerações parciais 3a ou 3b, usar técnica de sutura “end to end”. Na ruptura total ou 3c: “overlapping” ou “end to end”, com VICRYL® 3-0

-**Transverso superficial do períneo e bulboesponjoso** - pontos simples, com vicryl 2.0

“End to end”



“overlapping”



Spinelli, Antonino & Laurenti, Virginia & Carrano, Francesco & Gonzalez-Díaz, Enrique & Borycka-Kiciak, Katarzyna. (2021). Diagnosis and Treatment of Obstetric Anal Sphincter Injuries: New Evidence and Perspectives. Journal of Clinical Medicine. 10. 3261. 10.3390/jcm10153261.

O objetivo do reparo esfínteriano é a **reconstrução de um cilindro muscular com pelo menos 2 cm de espessura e 3 cm de comprimento**.

4. CUIDADOS PÓS REPARO

- **Dieta rica em fibras e ingesta hídrica** devem ser orientadas no pós parto imediato. ****Considerar medicações laxativas** se não forem suficientes para evitar constipação. Alta deve ser prescrita apenas após evacuação.
- Prescrever **antiinflamatórios** por 3-5 dias - Evitar opióides se possível
- **Compressas frias** podem ajudar no edema perineal
- Encaminhamento precoce à **fisioterapia pélvica** – Em 4 a 6 semanas, de acordo com a tolerância da paciente
- Reavaliação médica é essencial, especialmente nas primeiras 06 semanas

Medidas de prevenção | Grau de recomendação

Aplicação de compressa morna no períneo no segundo estágio do trabalho de parto	A
Massagem perineal a partir de 35 semanas e durante o segundo estágio do trabalho de parto	B
Controle da velocidade de desprendimento do polo fetal	C

COMPLICAÇÕES

A CURTO PRAZO	A LONGO PRAZO
<p>Deiscência ocorre em aproximadamente 25% das mulheres nas 06 primeiras semanas. Geralmente com dor local, sangramento ou secreção fétida. Lesões que envolvem mucosa retal ou esfíncter anal devem ser ressuturadas após desbridamento, de preferência com suturas simples. Nos casos de infecção local, realizar tratamento ANTES da reabordagem.</p> <p>Infecções de ferida podem ocorrer em 20% dos casos. É imprescindível determinar se a infecção é superficial ou profunda e se há formação de abscesso. Exames de imagem podem auxiliar nesses casos. Além do tratamento com antibióticos, avaliar necessidade de remoção dos pontos e de desbridamento. O acompanhamento deve ser semanal até que a ferida não esteja mais infectada. O planejamento de fechamento pode ser a partir de três meses do desbridamento inicial.</p> <p>Essas complicações implicam em maiores níveis de dor por até 12 semanas após o parto.</p>	<p>Risco de repetição de uma laceração grave em um futuro parto vaginal é de aproximadamente 3 a 5%</p> <p>Maior risco de incontinência anal e urgência fecal (47 versus 13% nas pacientes sem lacerações graves)</p> <p>Aquelas com envolvimento do esfíncter anal interno estão em maior risco de dor perineal e fístula retovaginal em comparação com mulheres que têm apenas lesão do esfíncter anal externo</p> <p>Dor perineal e dispareunia</p> <p>Disfunção defecatória</p> <p>Incontinência urinária</p>

II. Referências

- [1] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top Guideline No. 29. London: RCOG; 2015. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>. Acesso em setembro 2022
- [2] ACOG Practice Bulletin No. 198 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstet Gynecol. 2018 Sep;132(3):795-797
- [3] Sveinsdottir E, Gottfredsdottir H, Vernhardsdottir AS, Tryggvadottir GB, Geirsson RT. Effects of an intervention program for reducing severe perineal trauma during the second stage of labor. Birth. 2019 Jun;46(2):371-378. doi: 10.1111/birt.12409. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30444289.
- [4] ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. Obstet Gynecol 2018; 131:e172. Reaffirmed 2022.
- [5] Spinelli, Antonino & Laurenti, Virginia & Carrano, Francesco & Gonzalez-Díaz, Enrique & Borycka-Kiciak, Katarzyna. (2021). Diagnosis and Treatment of Obstetric Anal Sphincter Injuries: New Evidence and Perspectives. Journal of Clinical Medicine. 10. 3261. 10.3390/jcm10153261.

Código Documento: CPTW356.1	Elaborador: Marina Bartolomeu de Carvalho Romulo Negrini Andrea Novaes Adolfo Liao Cintia Ribeiro Fernanda Faig Cristina Amadatsu Bruna Achar	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovarador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 20/06/2023	Data de Aprovação: 26/07/2023
---------------------------------------	--	---	---	--	---