

Tratamiento de urgencia para trauma anal

Emergency management for anal trauma

Jimmy Alejandro Gaitan-Martinez *, Juan Augusto Arango-Giraldo, Edelberto Mulett-Vásquez

Departamento Quirúrgico. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Caldas, Colombia, Sur América

RESUMEN

El trauma anal es considerado de baja frecuencia, teniendo en cuenta que en las estadísticas se incluye asociado al trauma de recto. Se debe tener claro el abordaje quirúrgico pues pueden presentarse secuelas que afectan en una forma muy importante la calidad de vida futura de los pacientes. Se presenta un caso de trauma anal contuso y se muestra el tratamiento de urgencias.

Palabras clave: trauma anal; trauma rectal; trauma perineal; esfinteroplastia.

ABSTRACT

Anal trauma is considered a low frequency trauma because it is associated with rectal trauma in statistical records. The surgical approach should be taken into account because some sequelae affecting in a very important way the future quality of life of patients may occur. A case of blunt anal trauma and the emergency management indicated were presented in this report.

Keywords: anal trauma; rectal trauma; perineal trauma; sphincteroplasty.

INTRODUCCIÓN

Las heridas traumáticas del ano y de los esfínteres anales son extremadamente raras. La gran cantidad de tejidos blandos isquiorrectales y glúteos generalmente protegen los esfínteres y los nervios pudendos de las lesiones traumáticas más severas. Además, el abundante aporte sanguíneo de la región promueve la cicatrización y disminuye el riesgo de necrosis tisular.¹ Por mucho, la principal causa de trauma perineal se encuentra en el momento del parto vaginal. Se estima que el 85 % de las mujeres sufren alguna forma de trauma perineal durante el parto vaginal y el 60 - 70 % requieren algún reparo quirúrgico.² El trauma anal es una entidad poco frecuente con escasos reportes en la literatura mundial. Probablemente debido a que se incluye en las estadísticas de trauma rectal, al considerar las heridas por contusión del recto entre el 4 -11 % de todas los traumatismos rectales.³

Estas lesiones son principalmente iatrogénicas, e incluye causas obstétricas y procedimientos anorrectales. Los traumatismos son causados por empalamiento, traumas a horcadas, laceraciones, heridas por arma de fuego, explosiones o lesiones de tipo sexual.¹

En dependencia del mecanismo del trauma se pueden comprometer también el recto, la uretra, la vejiga, las vísceras intrabdominales y fracturas de pelvis. Por lo tanto, el abordaje inicial de estos pacientes se debe hacer con un equipo multidisciplinario inicialmente.⁴ Las lesiones anorrectales deben ser evaluadas y estar enfocados en las prioridades hacia la identificación de lesiones concomitantes genitourinarias debido a que el retardo en el diagnóstico aumentan la morbilidad y mortalidad.⁵

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo masculino de 35 años de edad que ingresa al servicio de urgencias del Hospital Fundación Cardiovascular Manizales, remitido del área rural. Presenta por cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en trauma en región anoperineal secundario al caer sentado desde un árbol. Presentó posteriormente dolor intenso perineal y sangrado proveniente de esta zona. En el momento de la atención se encuentra estable hemodinámicamente, sin sangrado activo, evidencia de herida escrotal de 3 cm sin sangrado, herida de aproximadamente 7 cm en región perianal, sin sangrado activo, con avulsión del ano. No presentaba signos urinarios ni dolor abdominal y por el tiempo de evolución no se realizaron exámenes exploratorios. Es llevado de inmediato a examen bajo anestesia general. Se encontró disrupción del 90 % de la circunferencia anal con herida de la mucosa rectal y compromiso del esfínter externo el cual se encuentra separado en 3 segmentos (Fig. 1).



Fig. 1. Imagen inicial del trauma.

Se hace inicialmente colostomía derivativa en asa del colon sigmoides, lavado distal y colonoscopia izquierda que no evidencia lesiones adicionales. Se procede a realizar lavado y desbridamiento local. Se realiza reconstrucción primaria, primero con la sutura de la herida escrotal, sutura de la mucosa rectal con poliglactina 912, reconstrucción del esfínter externo e interno. Estos se encuentran seccionados completamente en 3 sitios diferentes (Fig. 2).

Paciente con evolución posoperatoria satisfactoria. Es dado de alta 4 días después con dehiscencia parcial de la sutura cutánea y aún con la colostomía derivativa, fue evaluado en consulta externa 15 días después del alta con cicatrización adecuada, contracción esfinteriana y estenosis mínima (Fig. 3).



Fig. 2. Reparación del complejo esfinteriano.



Fig. 3. Dehiscencia parcial de la piel con cicatrización avanzada.

DISCUSIÓN

El trauma anal constituye un problema mayor de salud y es la primera causa de muerte en personas menores de 44 años. Genera discapacidad permanente en muchos sobrevivientes.⁶

En el análisis inicial del paciente se deben seguir las recomendaciones básicas para el manejo de todo paciente traumatizado con el fin de descartar y tratar rápidamente las lesiones que coloque en riesgo la vida. Asegura la vía aérea, la ventilación y la circulación para lograr la estabilización adecuada.⁷ En la evaluación secundaria se puede encontrar sangrado rectal o perineal, dolor en región perineal; así mismo, dolor abdominal y signos de irritación peritoneal esto último obliga a descartar lesión intraperitoneal. Los síntomas pueden ser poco precisos y referirse sólo como discreto dolor abdominal, perineal o anal, según la localización de la lesión, la causa y el tiempo transcurrido, y se puede llegar a situaciones de extrema gravedad ya con peritonitis y sepsis.⁸

En el momento agudo del trauma, después de hacer el manejo inicial generalmente con la inspección del área, se identifican las zonas de avulsión del tejido y la presencia probable de lesiones esfinterianas, según las características de la lesión. El tacto rectal permitirá cuantificar el tono muscular. Posteriormente, estará indicada la exploración bajo anestesia, y descartar por medio de colonoscopia la presencia de lesiones proximales.

Se debe documentar la existencia o no de lesiones asociadas como fracturas pélvicas y lesiones genitourinarias.⁹

Las heridas extensas de los tejidos blandos perineales deben ser tratadas con colostomía derivativa y lavado distal del recto, y procurar hacer la reconstrucción primaria de los tejidos esfinterianos y perineales comprometidos cuando no haya infección o necrosis.¹⁰ Se debe hacer reparo primario de las heridas de recto igualmente si las condiciones lo permiten.¹¹

Las complicaciones más frecuentes posteriores a la reparación quirúrgica del esfínter anal son dehiscencia de sutura, fístulas, estenosis, senos y retardo en el cierre.¹²

Para los defectos perineales extensos se utilizan varios métodos como cierre por segunda intención y terapia con presión negativa e injertos cutáneos. Pero predomina la reconstrucción con flaps de tejido, e incluye flaps regionales, pediculados del muslo, glúteos o abdominales.¹³

En los pacientes que no se logra recuperar la continencia por métodos no quirúrgicos se utilizan métodos avanzados como la graciloplastia, la graciloplastia dinámica, el esfínter artificial o el esfínter anal magnético entre otros.¹⁴

El trauma anal accidental es infrecuente y requiere un pronto manejo para evitar complicaciones futuras. El abordaje quirúrgico con desbridamiento del tejido desvitalizado, reparación de la mucosa anorectal y rafia primaria de los defectos esfinterianos es la recomendación de la escasa literatura existente sobre el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hellinger M. Anal trauma and foreign bodies. *Surg Clin N Am.* 2002;82:1253-60.
2. Dickinson J. Obstetric perineal trauma. *Aust N Z J Obs Gynaecol.* 2013;53:1-2.
3. Gomes R, Kudchadkar J, Araujo E, Gundawar T. Anorectal avulsion : report of a rare case of rectal injury. *Ann Gastroenterol.* 2013;26:1-2.
4. Arvieux C, Thony F, Broux C, Ageron F, Rancurel E, Abba J, et al. Current management of severe pelvic and perineal trauma. *J Visc Surg.* 2012;149:e227-38.
5. Russell K, Soukup E, Metzger R, Zobell S, Scaife E, Barnhart D, et al. Fecal continence following complex anorectal trauma in children. *J Pediatr Surg.* 2014;49:349-52.
6. Harrois A, Hamada S, Laplace C, Duranteau J, Vigué B. The initial management of severe trauma patients at hospital admission. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013;32:483-91.
7. Harris T, Davenport R, Hurst T, Jones J. Improving outcome in severe trauma: trauma systems and initial management--intubation, ventilation and resuscitation. *Postgr Med J.* 2012;88:588-94.
8. Codina-Cazador A, Rodríguez-Hermosa J, Pujadas De Palol M, Martín-Grillo A, Farrés-Coll R, Olivet-Pujol F. Estado actual de los traumatismos colorrectoanales. *Cir Esp.* 2006;79:143-8.
9. Shewakramani S, Reed K. Genitourinary Trauma. *Emerg Med Clin N Am.* 2011;29:501-18.
10. Mulett E, Martinez C, Pabon P, Escobar J. Trauma de Tejidos Blandos Perineales. *Rev Colomb Cir.* 1997;12:83-6.
11. Rispoli C, Andreuccetti J, Iannone L, Armellino M, Rispoli G. Anorectal avulsion: Management of a rare rectal trauma. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3:319-21.
12. Browning G, Motson R. Anal Sphincter Injury. Management and Results of Parks Sphincter Repair. *Ann Surg.* 1984;199:351-7.
13. Mughal M, Baker R, Muneer A, Mosahebi A. Reconstruction of perineal defects. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95:539-44.
14. Lee Y. What's new in the toolbox for constipation and faecal incontinence? *Front Med.* 2014;1:1-5.

Recibido: 29 de julio de 2015.

Aprobado: 24 de agosto de 2015.

Edelberto Mulett-Vásquez . Facultad de Ciencias para la Salud - Universidad de Caldas. Colombia. Correo electrónico: emulettv@une.net.co

*Residente de 4to. año de Cirugía General