

Traumatismo perineal complejo

Complicated perineal trauma

Dr. C. Lázaro Emerio Alfonso Alfonso, Dr. Nelson Parra Infante, Dra. Odalis Acosta León, Dr. Celestino Díaz Rodríguez

Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una paciente de 8 años de edad, del sexo femenino, objeto de un traumatismo perineal complejo con lesiones severas en el periné y la pelvis ósea, por aplastamiento entre un camión en movimiento y un árbol. Acudió al Servicio de Urgencias en estado de choque hipovolémico por sangrado abundante a través del periné. Se realizó taponamiento perineal externo, reparación de las lesiones de los órganos perineales previa laparotomía, ligadura de las arterias hipogástricas y colostomía derivativa complementaria. Evolucionó de forma lenta, pero satisfactoria y fue dada de alta a los 45 días de su ingreso. Se concluye que los buenos resultados obtenidos dependieron de la prontitud en la asistencia quirúrgica, la aplicación de los principios de la cirugía de control de daños, la atención multidisciplinaria y de la derivación del tránsito fecal.

Palabras clave: trauma, periné, cirugía de control de daños.

ABSTRACT

This is the presentation of a female case aged 8 undergoes a complex perineal trauma and the bone pelvis due to crushing between a moving truck and a tree. She came to Emergency Room under a hypovolemic state by abundant bleeding through perineum. An external perineal tamponage, repair of injuries of perineal organs previous a laparotomy derivative. She evolved slowly but satisfactory and was discharged at 45 days after admission. We conclude that the good results obtained depended on the promptness in the surgical assistance, the implementation of principles of the damage control surgery, multidisciplinary care and bypass of fecal course.

Key words: trauma, perineum, damage control surgery.

INTRODUCCIÓN

Dada la complejidad de la entidad que se presenta, el manejo de los traumatismos perineales complejos (TPC) constituye un verdadero desafío para la medicina actual, y requiere la participación de un equipo multidisciplinario formado por clínicos, cirujanos generales, traumatólogos, radiólogos, urólogos, cirujanos vasculares, ginecólogos y anestesiólogos. Lamentablemente, en los centros de urgencia de la mayoría de las instituciones de salud no se cuenta con todos los profesionales de este equipo "ideal" para asistir a pacientes que sufran un traumatismo complejo de la pelvis, pero se puede suplir a los faltantes, con un mayor entrenamiento de los presentes.¹

En el traumatismo pélvico se pueden producir lesiones de estructuras como uréter, uretra, vejiga, recto, colon, vasos sanguíneos de importante calibre, vagina, ovarios, útero y otros.¹

Las fracturas pélvicas expuestas son aquellas que presentan una comunicación directa entre el sitio de la ruptura ósea y la vagina, el recto o la herida cutánea. Su incidencia fluctúa entre el 2 y el 10 % y presentan una mortalidad del 30 al 45 %. La hipovolemia por hemorragia generalmente determina la mortalidad inmediata y la infección, la mediata.¹

Los autores del presente trabajo tuvieron la oportunidad de enfrentarse e indicar tratamiento quirúrgico, a una paciente con un TPC y lograr la recuperación adecuada de las lesiones perineales con precoz reincorporación de la paciente a la sociedad. Esto constituyó el incentivo para la presentación de este caso.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 8 años de edad, que el día 21 de agosto de 2007 llegó a la Consulta de Urgencias, con un TPC por compresión entre un vehículo cisterna en movimiento y un árbol. Durante la evaluación inicial, se constataron síntomas y signos del estado de choque hipovolémico, debido a sangrado activo y abundante a nivel de la región perineal y deformidad del cinturón pelviano con exposición ósea a nivel de la sínfisis del pubis.

Durante la evaluación en el quirófano, bajo anestesia general orotraqueal, se encontraron: desinserción y retracción perineal de la uretra, la vagina y el recto, pérdida de la fijación y exposición de la vejiga urinaria, y amputación del clítoris y los labios mayores y menores (Figs. 1 y 2).

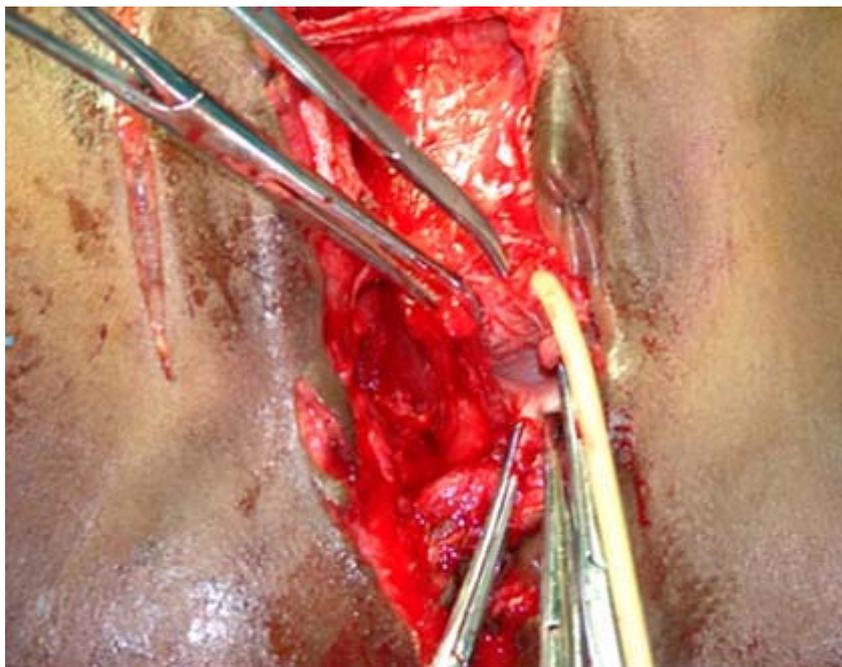


Fig. 1. TPC donde se observan lesiones de uretra, vagina, recto, clítoris, y labios mayores y menores.



Fig. 2. Radiografía donde se observan múltiples fracturas de los huesos de la pelvis con gran deformidad de esta.

Conducta del equipo quirúrgico

Se colocó taponamiento perineal externo, y se fijó con vendaje de gasas y aducción de las piernas de la paciente.

Se realizó laparotomía exploradora y se encontró hematoma perineal grande que no latía, pulsaba ni se expandía; se realizó ligadura de las arterias hipogástricas y se procedió a intervenir sobre la zona externa del periné.

Se colocó a la paciente en posición de litotomía, se expuso la región perineal externa, se retiró el primer empaquetamiento y se constató sangrado activo importante. Se realizó empaquetamiento perineal paravaginal derecho en lesión sangrante y profunda, se localizó el meato uretral retraído en el interior de la musculatura del periné y se canalizó con una sonda vesical de Foley No. 12. Se ubicó la porción distal de la vagina y del ano, retraídos también en el periné, y se sujetaron con pinzas de Allis.

Se procedió a realizar la fijación de las estructuras lesionadas a la piel conservada del periné, lo que hizo más fácil la perineoplastia futura.

Se realizó sigmoidostomía derivativa y cierre por planos de la laparotomía (Fig. 3).



Fig. 3. Fijación de la uretra, la vagina y el ano al periné; empaquetamiento perineal externo, sigmoidostomía y cierre de la laparotomía.

Evolución posoperatoria

Se retiró el empaquetamiento perineal y se realizó la primera cura bajo anestesia general orotraqueal (Fig. 4).

Se continuó con curas seriadas hasta la realización de la perineoplastia y total cicatrización de las lesiones.



Fig. 4. Retirada del empaquetamiento durante la primera cura.

La paciente fue dada de alta a los 45 días de su ingreso con control esfinteriano urinario y fecal, y la vagina con adecuado calibre. Tres meses después se realizó el cierre de la colostomía y el seguimiento de las fracturas de la pelvis por la especialidad de Ortopedia.

COMENTARIOS

Los principios del manejo de estas fracturas incluyen el control de la hemorragia, la derivación fecal y urinaria para disminuir la contaminación, su estabilización y el cuidado apropiado de la herida. La derivación urinaria y fecal se debe considerar cuando se acompañan de lesión perineal extensa, o de lesión vaginal o rectal para intentar reducir la probabilidad de infección.²⁻⁷

Faringer describió tres zonas de posible localización de una fractura pélvica expuesta; considera la zona 1, la comprendida por el periné desde el pubis hacia delante y el sacro hacia atrás; la zona 2, la parte anterosuperior de los muslos y la 3, la región pélvica posterolateral que comprende también las crestas ilíacas. Este investigador recomienda realizar colostomía y talla vesical a los pacientes con estas lesiones localizadas en la zona 1. Si el paciente requiere una fijación externa de la pelvis, la colostomía debe realizarse por encima del ombligo, alejada del lugar donde se colocarán los fijadores.⁶

Las lesiones perineales pueden ser menores, como pequeños desgarros de la piel y del músculo; o mayores como importantes laceraciones con pérdida de sustancia hística y lesiones de órganos. Pueden ser producidas por heridas por arma blanca o de fuego, empalamientos violentos, contusiones con desgarros, desaceleración con tracción o fracturas de huesos pélvicos cuyos fragmentos dislocan las estructuras. Durante el parto también se pueden producir desgarros perineales de consideración.^{4,5}

Las lesiones mayores del periné, que incluyen el recto o fractura expuesta de la pelvis, son de importante gravedad y presentan más del 50 % de mortalidad; en estas lesiones, además del desbridamiento agresivo de los tejidos desvitalizados, la hemostasia y el lavado regional generoso, se deben evaluar y tratar las posibles lesiones asociadas con drenaje suficiente de las fosas isquiorrectales y el espacio presacro.^{1,5}

Las lesiones de la vagina tienen como causas más frecuentes las fracturas severas de la pelvis, las violaciones, los empalamientos y las contusiones pelviperineales de gran magnitud. En las fracturas pélvicas, la lesión vaginal se puede producir por la penetración de un fragmento óseo en sus paredes o por laceración por tracción de estas.¹

La rotura traumática de la uretra femenina es un acontecimiento poco habitual y poco documentado, debido básicamente a sus características anatómicas y se asocia, sobre todo, a grandes traumatismos pélvicos por accidentes del tránsito. Debe sospecharse en toda mujer con el antecedente de un trauma pélvico donde se encuentre sangre en la uretra o la vagina, dificultad para el sondaje vesical o salida de orina por la vagina. La sospecha, y un correcto diagnóstico y manejo pueden evitar complicaciones como las estenosis uretrales o vaginales, el hematocolpos en pacientes pospúberes y problemas más graves como la enfermedad inflamatoria pélvica que pueda hacer necesaria una histerectomía. El manejo inicial es controvertido: existen grupos que preconizan la realización de cistostomía suprapúbica y difieren el tratamiento definitivo, otros abogan por el sondaje y realineamiento endoscópico inicial y algunos por el tratamiento primario. En cualquier caso, existen cuatro factores que determinan el procedimiento a seguir: el estado clínico de la paciente, la severidad de la fractura pélvica, la deformidad anatómica y la experiencia del equipo quirúrgico.⁸

Se concluye que en la exitosa evolución de la paciente desempeñaron un papel decisivo la prontitud en la asistencia quirúrgica, la utilización de los principios de la cirugía de control de daños, la atención multidisciplinaria y la derivación del tránsito fecal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballesteros M. Los traumatismos de pelvis, un desafío multidisciplinario. Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía [Internet]. 2004 [citado 14 Abr 2009];9(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200402/4.pdf>
2. Ballesteros M, Alejandre S. Manejo general de los traumatismos de pelvis. En: Pautas de manejo definitivo de pacientes traumatizados, de la Comisión de Trauma de la Asociación Argentina de Cirugía, de Alejandre S, Ballesteros M, Neira J. Buenos Aires: Ed. Lab. H. M. Roussel Argentina; 1996.
3. Ballesteros M, Alejandre S, Grosso F, Ginesta A, Testa E. Actuación del cirujano general ante el traumatismo renal y de las vías urinarias. Rev Argent Cir. 1993;64:50-60.
4. Birolini D, Steiman E, Utiyama E. Open Pelviperineal Trauma. J Trauma. 1990;30:492-5.

5. Davinson S, Simmons G, Williamson P. Pelvic Fractures Associated With Perineal Open Perineal Wounds: A Survivable Injury. *J Trauma*. 1993;35:36-9.
6. Faringer P, Mullins R, Feliciano P. Selective Fecal Diversion In Complex Open Pelvis Fractures From Blunt Trauma. *Arch Surg*. 1994;129:58.
7. Szereszewski J. Traumatismos ano-recto perineales. Buenos Aires: Ed. Akadia; 1991. p. 111-5.
8. Blanco Diez A, Alvarez Castelo L, Fernandez Rosado E, Rodriguez- Lozada Sanchaez J, Chantada Abal V, Novas Castro S, et al. Rotura traumática de uretra femenina: una rara entidad. Aportación de dos casos. *Actas Urol Esp*. 2004 Abr;28(4):8-12.

Recibido: 2 de septiembre de 2011.

Aprobado: 1ro. de octubre de 2011.

Lázaro Emerio Alfonso Alfonso. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental y Carretera de Asilo, Habana del Este, CP 11700, La Habana, Cuba.