



P-683 - TRAUMATISMO PERIANAL POR ACCIDENTE LABORAL

Gegúndez Simón, Alberto; Álvarez Gallego, Mario; Guevara Martínez, Jenny; Gortázar de Las Casas, Sara; Vicario Bravo, Marina; Urbíeta Jiménez, Aitor; Pascual Migueláñez, Isabel

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La mayor parte de los estudios de los traumatismos perianales proceden de ámbitos bélicos. El propósito de este póster es revisar el manejo actual de las perforaciones del recto extraperitoneal a propósito del caso de un traumatismo perianal por accidente laboral.

Caso clínico: Varón de 53 años que acude por su propio pie a Urgencias, tras caída con punción a nivel glúteo de una barra de acero corrugado por accidente laboral. Paciente hemodinámicamente estable (TA 116/82. FC 72). Presenta una herida incisocontusa a 1 cm del margen anal en cuadrante posterior derecho, con un trayecto lineal de 3 cm con perforación a recto, sin empastamiento glúteo. Únicamente refiere rectorragia escasa. Al tacto rectal se objetiva laceración en cara anterior izquierda de recto medio. En la analítica sanguínea presenta leucocitosis con neutrofilia. Se realiza TC pélvico, objetivándose aumento de trabeculación grasa del tejido celular subcutáneo de la región glútea izquierda, con engrosamiento circunferencial de la pared rectal. No se observa gas extraluminal ni colecciones. Ante hallazgos se decide exploración bajo anestesia. Se realiza sondaje urinario por cistoscopia, objetivándose defecto completo en cara posterior de uretra bulbar preesfinteriana (fig.). A continuación, se reparan las lesiones rectales con sutura manual monoplano. Ante el riesgo de fistula rectouretral, se realiza colostomía lateral sigmoidea por vía laparoscópica, objetivándose a nivel intraabdominal hematoma prevesical. Se realiza lavado a través del cabo eferente de la colostomía para reducir la carga fecal. El paciente evolucionó favorablemente. Es dado de alta el 5º día posoperatorio con sonda vesical. Se realiza cistografía al mes, sin evidenciar lesión uretral o estenosis, por lo que se retira el sondaje vesical. Se realiza colonoscopia en tres meses, observándose una correcta cicatrización de las lesiones rectales. Actualmente pendiente de reconstrucción de tránsito.

Grado	Tipo de lesión	Descripción de las lesiones
I	Hematoma	Contusión o hematoma sin desvascularización
	Laceración	Laceración parcial de la pared rectal

II	Laceración	Laceración 50% de la circunferencia
III	Laceración	Laceración > 50% de la circunferencia
IV	Laceración	Laceración completa de la pared con extensión al periné
V	Laceración	Segmento desvascularizado



Discusión: La medida más aceptada del tratamiento clásico del traumatismo anorrectal (reparación directa de la lesión, derivación fecal, lavado distal y drenaje) es la derivación fecal, que puede prevenir el desarrollo de sepsis pélvica secundaria. Se recomienda en los traumatismos anorrectales con un grado mayor o igual a uno. Al no tener efectos sobre la morbimortalidad, no se recomienda realizar lavado rectal. En algunos estudios, se ha visto que aumenta las complicaciones infecciosas al contaminar espacios previamente estériles. Si existe

gran carga fecal en el segmento distal a la colostomía, puede ser recomendable. El drenaje presacro aumentaría las complicaciones infecciosas. Puede realizarse en lesiones no destructivas de recto. La reparación directa de la lesión aumenta el riesgo de lesión de estructuras adyacentes. Puede realizarse si la lesión es fácilmente accesible.