



## P-575 - LESIÓN ANAL COMPLEJA POR TRAUMA TAURINO

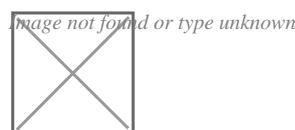
Jara Benedetti, Génesis; Maiocchi Segredo, Karina; Martínez Hernández, Andreu; Tamarit Blasco, Marta; Coret Franco, Alba; Nomdedeu Guinot, Jesús; Gibert Gerez, Juan; Laguna Sastre, José Manuel

Hospital General, Castellón de la Plana.

### Resumen

**Introducción:** Las lesiones perineales traumáticas en la población civil son poco frecuentes en urgencias, con una incidencia aproximada de 1% a 3% sin embargo, en los países iberoamericanos, especialmente en España, donde los festejos taurinos se consideran parte de su cultura, las lesiones anales secundarias a traumatismo taurino son consideradas una de las localizaciones más frecuentes, por delante incluso de lesiones viscerales. Se trata de heridas sucias y de alta energía con complejidad variable. Aunque la morbitmortalidad asociada es poco frecuente, la complicación principal más limitante es la incontinencia fecal derivada.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 37 años trasladado a Urgencias por el equipo prehospitalario tras activar el código politrauma por traumatismo taurino penetrante a nivel perineal. A su llegada a urgencias se realiza evaluación primaria (A: vía aérea permeable, B: ventilación espontánea, SatO2 96%, C: FC 99 ppm, TA 136/96 mmHg, D: Glasgow 15 puntos, E: lesión penetrante a nivel perineal). Ante la estabilidad hemodinámica, se realizó un *Body-TC*, sin identificar lesiones asociadas ni afectación intraperitoneal. Debido a la gran destrucción tisular en región perineal, herida anfractuosa en la cara anterior de ano con extensión hacia canal anal y periné anterior (figs. 1A, 1B), con lesión del complejo esfinteriano, se decidió manejo quirúrgico urgente. Intraoperatoriamente se comprobó la integridad del recto con la realización de una rectoscopia flexible. Se realizó desbridamiento quirúrgico amplio y lavado exhaustivo de la región perineal, reconstrucción anatómica por planos, esfinteroplastia primaria incluyendo EAE y EAI, colocación de drenajes no aspirativos y sonda Flexiseal endorrectal (fig. 1C) Durante el posoperatorio, el paciente evolucionó de forma satisfactoria con antibioterapia dirigida, curas diarias de la herida e inicio de la tolerancia oral astringente a las 12 h de la cirugía. La estancia hospitalaria fue de 26 días, sin registrar transfusiones, reintervenciones ni reingresos. El grado de incontinencia al alta, según la escala de Wexner era de 8 puntos. Durante su seguimiento en consultas externas, se realizó una ecografía endoanal (EAUS) y manometría anal para evaluar la anatomía y función del complejo esfinteriano (fig. 1D).



**Discusión:** El complejo anorrectal es el órgano menos frecuentemente lesionado en las urgencias quirúrgicas, sin embargo, en los festejos taurinos las lesiones perineales penetrantes son relativamente frecuentes (alcanzando una incidencia del 11%) y representando un reto diagnóstico-terapéutico. El tratamiento principal se basa en el desbridamiento quirúrgico del tejido no viable, la limpieza exhaustiva del área, la

cobertura antibiótica adecuada y la reparación primaria inmediata del complejo esfinteriano. Aunque la tendencia actual no incluye la realización sistemática de una colostomía derivativa, se ha descrito su realización fundamentalmente en las lesiones perineales devastadoras con gran destrucción tisular y asociación de lesiones urológicas o colorrectales. En el seguimiento a largo plazo de estos pacientes, la EAUS y la manometría anal son las dos principales modalidades utilizadas para evaluar la anatomía y la función del complejo esfinteriano de forma fiable y precisa.