



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-406 - RECONSTRUCCIÓN PERIANAL EN PACIENTE CON TRAUMATISMO DE ALTO IMPACTO

Lorence Tomé, Irene; del Río Lafuente, Francisco; Curado Soriano, Antonio; Gómez Rosado, Juan Carlos

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Las heridas traumáticas de la región anal son extremadamente raras, con escasos reportes en la literatura mundial. La prevalencia en España es 1-2 casos/100.000 habitantes/año, predominando las lesiones accidentales (tráfico, caídas, heridas por asta de toro, etc.), las iatrogénicas y los cuerpos extraños. Estas lesiones deben ser evaluadas y estar enfocados en la identificación de lesiones concomitantes genitourinarias, debido a que el retraso en el diagnóstico aumenta la morbilidad y mortalidad. El diagnóstico se basa en una alta sospecha clínica, el tacto rectal, la rectosigmoidoscopia y la tomografía. Aunque el tratamiento ha evolucionado sustancialmente en las últimas décadas, sigue sin haber un consenso claro sobre las estrategias quirúrgicas más adecuadas. Presentamos el caso de un paciente con lesión perianal, glútea y escrotal extensas, secundaria a traumatismo de alto impacto. Tras realizar una evaluación completa del paciente mediante prueba de imagen y rectoscopia en quirófano, se procedió a la reconstrucción de esta.

Caso clínico: Varón de 31 años, sin antecedentes, trasladado a nuestro hospital en helicóptero desde centro periférico por presentar herida en región perianal, glútea y escrotal tras ser atropellado por tractor. A su llegada a Urgencias, se encontraba hemodinámicamente estable. En analítica destacaba ascenso de reactantes de fase aguda, y en prueba de imagen (angio-TAC), se descartaron líneas de fractura y se identificó un hematoma de $3,8 \times 5,4$ cm en fosa isquiorrectal derecha, sin signos de neumoperitoneo ni líquido intraabdominal. A la exploración, presentaba extensa herida inciso-contusa desde región perianal hacia periné y escroto, de más de 10 cm de longitud, con afectación de planos profundos hasta glúteo derecho (grado I de Flint/grado I de la AAST). El paciente fue trasladado a quirófano para realización, bajo anestesia, de rectosigmoidoscopia, sin evidencia lesiones rectales, y de tacto rectal, con tono esfinteriano conservado. Tras realizar un amplio desbridamiento de la herida con lavado profuso, se procedió a la reconstrucción del tejido sano y al cierre por planos tanto a nivel perianal como glúteo y escrotal. Se dejó un drenaje Penrose en zona presacra. El paciente presentó una buena evolución posoperatoria, con retirada del drenaje a los 5 días, buen restablecimiento del tránsito y mantenimiento del tono esfinteriano. Finalmente fue dado de alta a los 15 días de la intervención, manteniéndose actualmente asintomático.



Discusión: En la evaluación inicial de un paciente con traumatismo anal debemos seguir las recomendaciones básicas para el manejo de todo paciente traumatizado, con el fin de descartar y tratar rápidamente las lesiones que pongan en riesgo la vida. En estos traumatismos, los síntomas pueden ser poco precisos y referirse como discreto dolor abdominal, perineal o anal, según la localización de la lesión, la causa y el tiempo transcurrido, pudiendo llegar a situaciones de extrema gravedad con peritonitis y/o sepsis. Las complicaciones más frecuentes suelen ser dehiscencias de sutura, fístulas, estenosis, sinus y retraso en el cierre. El tratamiento óptimo no es universal, por lo que debemos realizar el máximo esfuerzo por brindar una atención individualizada.