

Lesión perineal en recién nacidos durante la cesárea

Rosa María Jiménez-Rodríguez, Juan Carlos de Agustín-Asensio, Miguel Fernández-Hurtado y José Manuel Díaz-Pavón
Servicio de Cirugía General. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Las lesiones rectovaginales del feto en el momento del parto son complicaciones excepcionales. Sólo se han publicado en la literatura 3 casos. Presentamos a 2 niñas que sufrieron este tipo de lesiones y fueron reparadas de forma distinta pero igualmente exitosa.

Caso 1. Recién nacida a término mediante cesárea electiva, con presentación pelviana. El examen de la niña mostró gran laceración perineal que se extendía desde la vagina hasta el recto y afectaba ambas estructuras, así como el meato uretral (fig. 1A). En el quirófano se encontró lesión perineal de cuarto grado. Se decidió realizar

sigmoidostomía y reconstrucción del tabique rectovaginal y del periné de la niña. La paciente evolucionó de forma favorable y fue dada de alta al sexto día. Se reconstruyó el tránsito tras comprobar mediante colostograma la ausencia de fístulas rectovaginales.

Caso 2. Recien nacida a término por parto mediante cesárea electiva por presentación pelviana. Tras su nacimiento, en la región perineal aparece desgarro desde cara posterior de la vagina hasta la cara anterior del ano (fig. 1B), que se sutura en quirófano por planos. A los 6 días la niña es dada de alta, sin infecciones ni complicaciones durante el postoperatorio.

Las lesiones en el momento del parto son más frecuentes en los países subdesarrollados debido a la ausencia de personal entrenado adecuadamente¹. Se puede encontrar en la literatura daños en la médula espinal, lesiones viscerales intraabdominales y fracturas óseas^{2,3}.

Correspondencia: Dra. R.M. Jiménez Rodríguez.
Castillo de Cortegana, 2 bloque 5, 2.º A. 41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: ros_j_r@hotmail.com

Manuscrito recibido el 16-7-2007 y aceptado el 5-11-2007.

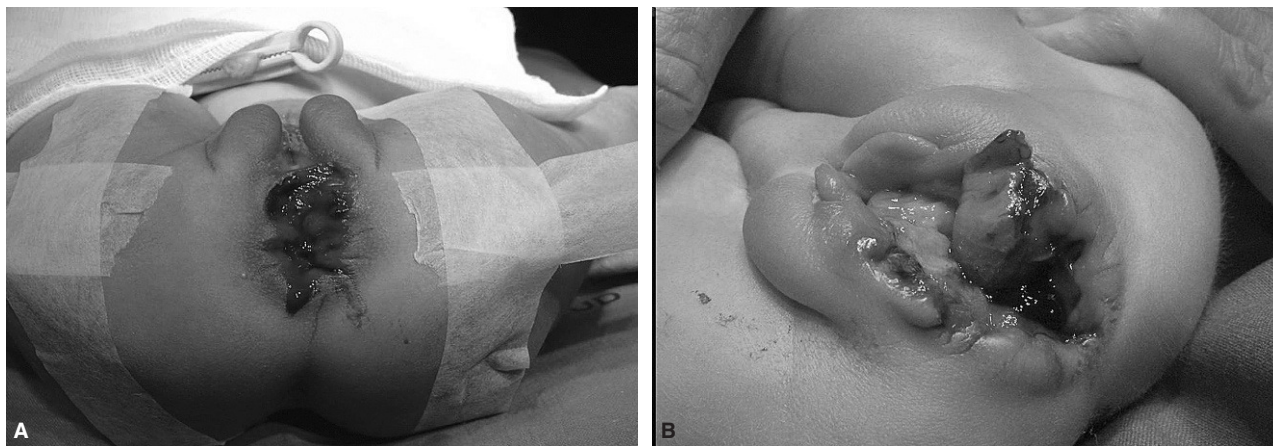


Fig. 1. Lesiones perineales. A: en el primer caso fue precisa una colostomía. B: en el segundo caso se realizó sutura directa.

TABLA 1. Revisión de la literatura

Caso	Cesárea	Lesión rectal	Lesión vaginal	Lesión uretral	Colostomía	Complicaciones	Seguimiento
Bhat et al ¹	+	+	+	—	+	Septicemia por <i>Pseudomonas</i>	Defunción a los 15 días
Lickstein et al ⁴	+	+	+	—	+	Sin complicaciones	Sin incidencias
Patel et al ⁵	+	+	+	—	—	Sin complicaciones	Sin incidencias
Caso 1	+	+	+	+	+	Sin complicaciones	Sin fístulas. Continencia normal
Caso 2	+	+	+	—	—	Sin complicaciones	Sin fístulas. Continencia normal

Estos traumatismos se han relacionado con algunos factores, entre los que se incluyen: aumento de la talla fetal, manipulación durante maniobras prolongadas³⁻⁵, etcétera.

La cesárea continúa siendo la técnica de elección para evitar estos problemas, pero también se han descrito lesiones debidas a la técnica, aunque en estos casos son realmente infrecuentes las lesiones genitourinarias.

En nuestra revisión sólo hemos encontrado 3 artículos (tabla 1) en los que aparezca un daño genitourinario como los que presentamos. De ellos, dos se solucionaron con sutura directa del desgarró (al igual que en nuestro segundo caso) y en el tercer caso, presentado por Bhat et al¹, se realizó colostomía, pero la niña no sobrevivió. En nuestras pacientes la reparación fue exitosa,

tanto en el caso que precisó colostomía como en la sutura directa.

Bibliografía

1. Bhat B, Jadhav S, Srinivasan S, et al. Intrauterine perineal tear: a rare birth injury. *J Pediatr Surg.* 1992;27:1614-5.
2. Cyr RM, Usher RH, Malean FH. Changing pattern of birth asphyxia and trauma over 20 years. *Am J Obstet Gynecol* 1984;148:490-8.
3. Leape LL, Bordy MD. Neonatal rupture of soleen. Report of a case successfully treated after spontaneous cessation of haemorrhage. *Pediatrics* 1971;47:101-4.
4. Lickstein DA, Moriarty KP, Fénix NR. Neonatal rectovaginal tear during cesarean section. *J Pediatr Surg.* 1998;33:1315-6.
5. Patel HI, Moriarty KP, Brisson PA, Feins NR. Genitourinary injuries in the newborn. *J Ped Surg.* 2001;36:235-9.



Duplicación apendicular con presencia de adenocarcinoma

Marta López-Deogracias^a, Sara Naranjo-Gozalo^b, Laura Sánchez-Moreno^b y Manuel Gómez-Fleitas^c

^aServicio de Cirugía General. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

^bServicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

^cCátedra de Cirugía General. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

Las malformaciones apendiculares son poco frecuentes en la población general. Su incidencia ronda el 0,004%^{1,2} y su forma de presentación es variada. Los tumores apendiculares constituyen el 0,4-1% de las neoplasias del tubo digestivo, con una incidencia en las piezas histológicas tras apendicectomía del 0,7-1,7%³. Sin embargo, no hemos encontrado en la literatura ningún caso en el que concurren duplicación apendicular y adenocarcinoma de colon en el seno de la duplicación.

Presentamos el caso de un paciente de 69 años, con clínica de apendicitis, que tras una apendicectomía laparoscópica evoluciona desfavorablemente, con abdomen agudo y afección del estado general que precisan laparotomía urgente y hemicolectomía derecha, por una masa seudotumoral en el ciego. La histopatología reveló un adenocarcinoma de colon en el seno de una duplicación apendicular. De las malformaciones del tubo digestivo, la duplicación apendicular es un cuadro excepcionalmente raro, y es insólito el hallazgo simultáneo de

adenocarcinoma de colon y duplicación apendicular. Sus manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas, y hay que descartar la presencia de divertículos solitarios de ciego o diverticulosis apendicular^{4,5}. En nuestro caso el paciente se presentó con un cuadro superpuesto de apendicitis y obstrucción intestinal, que no se solventó con la apendicectomía laparoscópica; fue el empeoramiento clínico del paciente lo que orientó sobre la necesidad de una reexploración, que permitió el diagnóstico y el tratamiento del proceso. Por lo tanto, a pesar de ser una afección poco frecuente, es necesario tener siempre en mente la posibilidad de anomalías apendiculares durante una intervención, ya que no reconocer esta condición puede tener serias consecuencias clínicas.

Bibliografía

1. Chew DK, Borromeo JR, Gabriel YA, Holgersen LO. Duplication of the vermiform appendix. *J Pediatr Surg.* 2000;35:617-8.
2. Sobhian B, Mostegel M, Kunc C, Karner J. Appendix vermiformis duplex – a rare surprise. *Wien Klin Wochenschr.* 2005;117:492-4.
3. Murphy EM, Farquharson SM, Moran BJ. Management of an unexpected appendiceal neoplasm. *Br J Surg.* 2006;93:783-92.
4. Eroglu E, Erdogan E, Gundogdu G, Dervisoglu S, Yeker D. Duplication of appendix vermiformis: a case in a child. *Tech Coloproctol.* 2002;6:55-7.
5. Bluett MK, Halter SA, Salhani KE, O'Leary JP. Duplication of the appendix mimicking adenocarcinoma of the colon. *Arch Surg.* 1987;122:817-20.

Correspondencia: Dra. S. Naranjo Gozalo.

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Avda. Valdecilla, s/n. 39008 Santander. Cantabria. España.

Correo electrónico: lopezdeogracias@mixmap.com

Manuscrito recibido el 30-7-2007 y aceptado el 7-8-2007.