

# Traumatismo anorrectal contuso. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Dayana Naranjo Cardenas, Ignacio Ramallo, Rene Schumacher, Gisela Makarchuk, Eliomar Aguilar

Hospital Naval Puerto Belgrano

## RESUMEN

**Introducción:** El traumatismo anorrectal es una causa poco frecuente de consulta al servicio de emergencias, con una incidencia del 1 al 3%. A menudo está asociado a lesiones potencialmente mortales, por esta razón, es fundamental conocer los principios de diagnóstico y tratamiento, así como los protocolos de atención inicial de los pacientes politraumatizados.

**Método:** Reportamos el caso de un paciente masculino de 47 años con trauma anorrectal contuso con compromiso del esfínter anal interno y externo, tratado con reparación primaria del complejo esfinteriano con técnica de overlapping, rafia de la mucosa, submucosa y muscular del recto. A los 12 meses presenta buena evolución sin incontinencia anal.

**Conclusión:** El tratamiento del trauma rectal, basado en el dogma de las 4 D (desbridamiento, derivación fecal, drenaje presacro, lavado distal) fue exitoso. La técnica de overlapping para la lesión esfinteriana fue simple y efectiva para la reconstrucción anatómica y funcional.

**Palabras clave:** *traumatismo anorrectal, lesión traumática de esfínter anal.*

## ABSTRACT

**Introduction:** Anorectal trauma is a rare cause of consultation to the Emergency Department, with an incidence of 1 to 3%. It is often associated with life-threatening injuries, so it is essential to know the principles of diagnosis and treatment, as well as the initial care protocols for the polytraumatized patient.

**Methods:** We present the case of a 47-year-old man with a blunt anorectal trauma involving the internal and external anal sphincter, treated with primary overlapping repair of the sphincter complex and suturing of the rectal wall. At 12 months the patient presents good outcome, without anal incontinence.

**Conclusion:** The treatment of rectal trauma, based on the 4 D's dogma (debridement, fecal diversion, presacral drainage, distal rectal washout/lavage) was successful. Repair of the overlapping sphincter injury was simple and effective for anatomical and functional reconstruction.

**Keywords:** *anorectal trauma, traumatic anal sphincter injury.*

## INTRODUCCIÓN

El traumatismo anorrectal es una causa poco frecuente de consulta al servicio de emergencias. En la literatura reportan una incidencia del 1 al 3% en centros civiles de trauma y 5% en escenarios de guerra.<sup>1,2</sup> Su presentación es más frecuente en personas de sexo masculino entre los 20 y 40 años de edad.

Las lesiones anorrectales pueden ser penetrantes (56%), más frecuentemente por arma corto punzante o de fuego, o contusas (44%) por accidentes de tránsito (42%), caídas de altura (16%) y cuerpos extraños u otros (1%).<sup>3</sup> Pueden presentarse aisladas o asociarse a lesiones de otros órganos

Es fundamental conocer los principios de diagnóstico y tratamiento de las lesiones anorrectales, teniendo en cuenta que pueden ser de gravedad y aumentar la mortalidad tardía del paciente politraumatizado sin representar una alta mortalidad en la hora de oro del mismo. Por este motivo, es de suma importancia realizar una correcta atención primaria basada en el ABCDE del ATLS (Advance Trauma Life Support). Una vez estabilizado el paciente, la evaluación secundaria identifica las lesiones perianales o rectales que requieran una intervención quirúrgica temprana.<sup>1</sup>

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Dayana Naranjo Cardenas: [gayanaran@gmail.com](mailto:gayanaran@gmail.com)

Recibido: julio de 2022. Aceptado: julio de 2023.

Dayana Naranjo: <https://orcid.org/0000-0003-0544-4607>, Ignacio Ramallo: <https://orcid.org/0000-0001-5139-3586>, Schumacher Rene: <https://orcid.org/0000-0003-2619-1370>,

Makarchuk Gisela: <https://orcid.org/0000-0001-9776-0484>, Aguilar Eliomar: <https://orcid.org/0000-0001-6034-8664>

Para la valoración clínica de las lesiones anorrectales hay que considerar la etiología del traumatismo, el intervalo desde la lesión, las lesiones asociadas y los síntomas, además de la evaluación del estado general. Según el resultado de esta última se decidirá el método complementario a emplear, siendo la tomografía computada el más frecuentemente utilizado por su utilidad en la valoración del paciente politraumatizado.<sup>2</sup>

El tratamiento del trauma rectal, con la experiencia en base al dogma de las 4 D (desbridamiento, derivación fecal, drenaje presacro, lavado distal), se ha convertido en el de elección para las lesiones del recto extraperitoneal, luego del estudio retrospectivo multiinstitucional publicado en el 2018 por Brown y cols.<sup>1</sup>

## CASO

Paciente masculino de 47 años de edad que consulta al servicio de emergencia por proctorragia y dolor perianal posterior luego de una caída de altura de 1,20 metros sobre estructura metálica plana.

Al examen físico se encuentra vigil, orientado en tiempo y espacio, hemodinamicamente estable, con vía aérea permeable, buena entrada de aire bilateral, abdomen blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos positivos, índice de masa corporal: 31,14 kg/m<sup>2</sup>.

Presenta hematoma asociado a desgarramiento anorrectal en el hemiano izquierdo, con sangrado en napa y compromiso de los músculos esfinterianos y todas las capas del recto.

Dada la estabilidad hemodinámica, se solicita como estudio complementario tomografía computada que evidencia una solución de continuidad en el hemiano izquierdo con compromiso del esfínter anal interno y externo, asociado a burbujas aéreas en el mesorrecto izquierdo a la altura del recto inferior (Fig. 1).

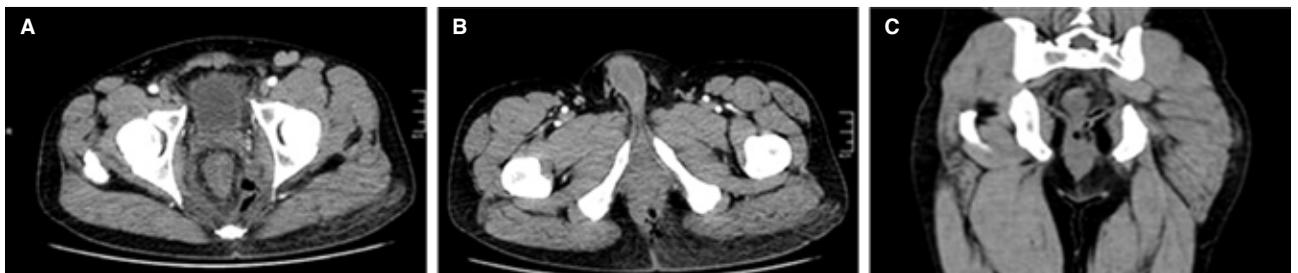


Figura 1. Tomografía computada pelviana y perineal que muestra lesión del hemiano izquierdo. Cortes axiales donde se observan: A. Burbujas aéreas perirrectales. B. Solución de continuidad del complejo esfinteriano izquierdo con burbujas aéreas perianales. C. Corte coronal con burbujas aéreas en el mesorrecto izquierdo a nivel del recto inferior.

Decidida la conducta quirúrgica se coloca al paciente en posición de litotomía, previa anestesia raquídea. Se constatan las lesiones previamente descritas en el examen proctológico (Fig. 2A). Se realiza una incisión arciforme desde hora 7 a hora 3 y se procede al desbridamiento y toilette del tejido desvitalizado, del espacio presacro, fosa isquiorrectal y espacio supraelevador izquierdo. Disección del esfínter anal interno y externo, rafia de mucosa, submucosa y muscular del conducto anal con técnica de overlapping (Fig. 2B). La lesión cutánea se deja abierta. Drenajes por contraabertura abocados a la fosa isquiorrectal izquierda y el espacio presacro (Fig. 3). Colostomía laparotómica sobre varilla del colon sigmoideas, con lavado profuso del cabo distal.

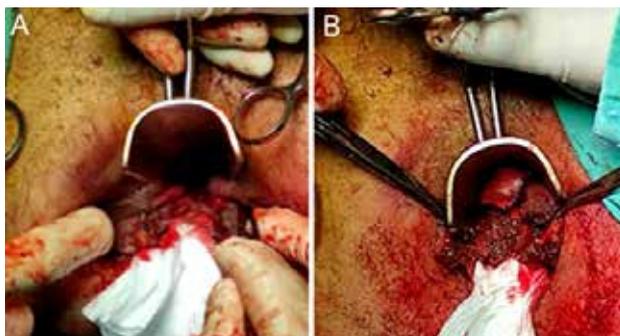


Figura 2. A. Desgarro del hemiano posterior incluyendo el complejo esfinteriano. B. Esfínter anal externo reparado con técnica de overlapping.



Figura 3. Postoperatorio inmediato. Herida de piel abierta y drenajes ofrecidos al espacio presacro y la fosa isquiorrectal izquierda.



Figura 4. Postoperatorio alejado.

Al 3er día postoperatorio se realiza nueva toilette quirúrgica. Alta hospitalaria al 5to día postoperatorio.

A los 80 días del postoperatorio se realizó manometría anorrectal y resonancia magnética nuclear (RMN) dinámica para evaluar la función esfinteriana. La manometría mostró esfínter anal interno hipotensivo, esfínter anal externo normotensivo en contracción voluntaria, reflejo recto-anal inhibitorio presente, relajación incompleta del haz puborrectal durante el pujo, sensorialidad rectoanal normal. En la RNM dinámica se observó alteración del músculo elevador del ano y esfínteres del lado izquierdo, en relación con su antecedente quirúrgico, con una adecuada contracción de los elevadores del ano.

Se realizó cierre de colostomía a los 95 días del postoperatorio. Buena evolución y alta hospitalaria al 3er día postoperatorio.

En el seguimiento alejado a los 12 meses, el paciente presenta buena función esfinteriana sin incontinencia, con un score de Wexner de 0 (Fig. 4).

## DISCUSIÓN

Si bien las lesiones traumáticas anorrectales son poco frecuentes, representan un desafío para el cirujano general por su alta tasa de morbilidad, que oscila entre el 3 y 10%, y sus eventuales complicaciones postoperatorias de hasta el 21%.<sup>2</sup>

Anatómicamente la región anorrectal se encuentra protegida por los muslos, la cintura ósea pelviana y la raíz de los miembros inferiores,<sup>2</sup> lo que dificulta el diagnóstico y obliga a un alto índice de sospecha. Para la detección son primordiales el tacto rectal, la rectosigmoidoscopia y la tomografía de abdomen y pelvis con triple contraste, siendo esta última el método estándar siempre y cuando el paciente se encuentre estable hemodinámicamente.

El tratamiento del trauma anorrectal se basa en los principios de derivación fecal, lavado distal, drenaje presacro y desbridamiento (4 D) con el objeto de prevenir la sepsis y preservar la función del esfínter anal. Este procedimiento debe llevarse a cabo teniendo en cuenta la clasificación del trauma rectal propuesta por la Asociación Americana de Cirugía del Trauma (AAST) (Tabla 1).<sup>3</sup>

Tabla 1. Clasificación de la Asociación Americana de Cirugía del Trauma de las lesiones traumáticas rectales.<sup>3</sup>

I	Contusión o hematoma sin desvascularización, o laceración parcial del espesor de la pared del recto
II	Laceración completa del espesor de la pared del recto menor al 50% de la circunferencia
III	Laceración completa del espesor de la pared del recto igual o mayor al 50% de la circunferencia
IV	Desgarro del espesor total de la pared con extensión al periné
V	Desvascularización de un segmento del recto

Las recomendaciones de tratamiento se clasifican en tres grupos de acuerdo a si se trata de un traumatismo rectal intraperitoneal, rectal extraperitoneal y/o anal.

Las lesiones con compromiso intraperitoneal se tratan igual que las lesiones del colon. De ser necesaria la derivación intestinal, debe realizarse próxima a la lesión, de preferencia en asa sobre varilla, con maduración intraoperatoria.<sup>1,3,5,6</sup> En el caso de estar asociada una fractura de pelvis, se realizará la colostomía en el colon transversal, próxima al ángulo hepático.

En el traumatismo rectal se recomienda realizar desbridamiento de la herida, reparación de la lesión rectal por vía transanal para el recto inferior y transabdominal para el recto superior y confección de una colostomía de derivación. En algunos casos puede ser necesario el drenaje presacro y/o el lavado rectal distal, maniobras que no se deberían incluir de forma rutinaria, ya que triplican las complicaciones abdominales.<sup>4,6</sup>

En el traumatismo anal con compromiso esfinteriano es importante definir inicialmente si está asociado a una lesión rectal intraperitoneal o extraperitoneal y, de acuerdo a esto, realizar sutura primaria o diferida, con o sin colostomía.<sup>6</sup>

Con respecto a la colostomía, según la literatura se recomienda confeccionarla en forma terminal o en asa, dependiendo de la localización de la lesión (intra o extraperitoneal). Debe tenerse en cuenta que la colostomía terminal (tipo Hartmann) es un procedimiento más complejo, que se asocia a mayor morbilidad tanto en su confección como en su reversión.<sup>2</sup>

La reconstrucción del tránsito intestinal debe estar precedida por una videoendoscopia digestiva baja, si no la posee previamente y por estudios para evaluar la función anorrectal, entre ellos manometría, resonancia magnética dinámica y/o ecografía endoanal. Aún no hay consenso en el tiempo de espera para realizar el cierre de la ostomía.

En el caso presentado, se decidió realizar el tratamiento basado en los 4 pilares (4D)<sup>1,2,4</sup> con una colostomía en asa del colon sigmoideas, sesiones de cámara hiperbárica que mejoraron la cicatrización de los tejidos blandos y una reconstrucción del tránsito intestinal a los 95 días, posterior a las pruebas de función anorrectal.

## CONCLUSIÓN

El traumatismo anorrectal es poco frecuente y a menudo está asociado a lesiones graves. El objetivo principal del tratamiento es controlar las lesiones potencialmente mortales, minimizar la infección y preservar la función del esfínter anal. Entre las múltiples estrategias descritas en la bibliografía, en nuestro caso optamos por el tratamiento basado en los 4 pilares y la reconstrucción esfinteriana con la técnica de overlapping, obteniendo buenos resultados.

## REFERENCIAS

1. Torres Alcalá JT. Traumatismos anorrectales. Protocolo de actuación. *Cir Andal*. 2018; 29(4):462-66.
2. McKnight GHO, Yalamanchili S, Sanchez-Thompson N, Guidozi N, Dunhill-Turner N, Holborow A, et al. Penetrating gluteal injuries in North West London: a retrospective cohort study and initial management guideline. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2021; 6:e000727.
3. Assenza M, Ciccarone F, Santillo S, Mazzarella G, De Meis E, Bracchetti G, et al. Perineal trauma with anal avulsion: case report. *Clin Ter*. 2020; 170:e1-e6.
4. Ahern DP, Kelly ME, Courtney D, Rausa E, Winter DC. The management of penetrating rectal and anal trauma: a systematic review. *Injury*. 2017; 48:1133-38.
5. Scott SM, Carrington EV. The London Classification: improving characterization and classification of anorectal function with anorectal manometry. *Curr Gastroenterol Rep*. 2020; 22: 55.
6. Lawrence Lee MD. Management of trauma to the rectum and anus. *Dis Colon Rectum*. 2018; 61:1245-49.