

# Cierre primario sin derivación en trauma rectal extraperitoneal: reporte de caso y revisión de la literatura

Liceth J. Rojas<sup>1</sup>, Carmen Santos García<sup>2</sup>, Ernesto González Ballen<sup>3</sup>, Diana C. Navarro Pimiento<sup>3</sup>

Hospital Santa Clara y Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia

<sup>1</sup> Cirujana General. Hospital Santa Clara

<sup>2</sup> Residente de Cirugía General. Universidad el Bosque

<sup>3</sup> Médico General. Universidad el Bosque

## Para citar:

Rojas LJ, Santos García C, González Ballen E, et al. Cierre primario sin derivación en trauma rectal extraperitoneal: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1):22-25  
doi:10.46768/q0gb6r28

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista:  
<https://doi.org/10.46768/q0gb6r28>

Recibido: 15-09-2025

Aceptado: 25-02-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.  
Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## Correspondencia

**Diana Camila Navarro Pimiento:**  
[dnavarrop@unbosque.edu.co](mailto:dnavarrop@unbosque.edu.co)  
Contacto +573017292190  
Calle 42 22-29  
Bogotá, Colombia

## RESUMEN

A partir de las experiencias quirúrgicas adquiridas en épocas de guerra, se conoce información respecto al abordaje inicial y el tratamiento del trauma de recto. Con el fin de optimizar el manejo, el trauma se categoriza según se trate de lesiones intraperitoneales o extraperitoneales.

El objetivo de este artículo es evaluar el papel y el posible beneficio de la derivación fecal mediante colostomía en el manejo del trauma rectal, a través de la presentación de un caso clínico y una revisión de la literatura. Se presenta el caso de un paciente masculino que acudió al servicio de urgencias tras sufrir una herida penetrante en la región glútea izquierda causada por un arma cortopunzante. Se realizó reparación primaria por vía endoanal sin colostomía, colocación de drenaje y administración de antibióticos de amplio espectro y loperamida. La evolución fue favorable, sin complicaciones.

La evidencia actual sugiere que la indicación de colostomía en el trauma rectal extraperitoneal debe individualizarse según la gravedad y la extensión de la lesión. En casos seleccionados, con lesiones no destructivas, puede evitarse la derivación fecal sin incremento significativo en la morbimortalidad.

**Palabras clave:** trauma rectal, lesiones extraperitoneales, colostomía, cierre primario

## ABSTRACT

Based on surgical experience gained during wartime, information exists regarding the initial approach and treatment of rectal trauma. To optimize management, trauma is categorized as intraperitoneal or extraperitoneal.

The objective of this article is to evaluate the role and potential benefit of fecal diversion via colostomy in the management of rectal trauma, through the presentation of a clinical case and a review of the literature. We present the case of a male patient who presented to the emergency department after suffering a penetrating wound to the left gluteal region caused by a sharp weapon. Primary repair was performed endoanally without colostomy, with placement of a drain and administration of broad-spectrum antibiotics and loperamide. The outcome was favorable, without complications.

Current evidence suggests that the indication for colostomy in extraperitoneal rectal trauma should be individualized according to the severity and extent of the injury. In selected cases with non-destructive injuries, fecal diversion can be avoided without a significant increase in morbidity or mortality.

**Keywords:** rectal trauma, extraperitoneal injuries, colostomy, primary closure

## INTRODUCCIÓN

El abordaje y manejo de las lesiones causadas por un trauma de recto han sido variables y dinámicos en el tiempo. Desde la guerra civil norteamericana se estableció un manejo expectante, el cual se asociaba con una mortalidad cercana al 100 %.<sup>1</sup> Posteriormente, durante la Primera Guerra Mundial, comenzaron a realizarse intervenciones quirúrgicas, principalmente con reparo primario, lo que permitió reducir la mortalidad a cifras entre el 60% y el 90 %.<sup>2</sup>

En la Segunda Guerra Mundial se incorporó la derivación fecal mediante colostomía, lo que disminuyó la mortalidad al 30-40%. Durante las guerras de Vietnam y Yugoslavia, se añadieron el lavado rectal distal y la cirugía de control de daños, obteniendo un descenso de la mortalidad hasta aproximadamente el 8%.<sup>2</sup>

Estas estrategias se extrapolaron posteriormente al manejo del trauma de recto en el ámbito civil; sin embargo, el tratamiento

continúa siendo controvertido. Existen diferentes abordajes y clasificaciones de las lesiones en función de su manejo. Para O'Donnell et al.<sup>3</sup> existen cuatro principios básicos que deben considerarse al establecer el tratamiento: derivación fecal (ileostomía o colostomía), drenaje presacro, reparación primaria e irrigación distal rectal conocidos como las “cuatro Ds”. En los últimos años, la relevancia individual de estos 4 principios ha sido cuestionada.<sup>4</sup>

La Asociación Estadounidense de Cirugía del Trauma (AAST, por su sigla en inglés), para el trauma rectal recomienda la clasificación de Moore et al.<sup>5</sup> que categoriza las lesiones según su severidad, desde contusiones hasta la desvascularización completa. En un estudio multicéntrico conducido por la AAST sobre 785 pacientes, la mayoría tuvo lesiones no destructivas (Grados I y II con <25% de circunferencia comprometida) (Tabla 1).<sup>6</sup> Sin embargo, esta clasificación no contempla si las lesiones son intraperitoneales o extraperitoneales según su localización con respecto a la reflexión peritoneal, un aspecto fundamental que condiciona la elección del abordaje terapéutico y la estrategia de manejo.<sup>7,8</sup>

Estas lesiones se asocian con una elevada morbimortalidad, debido al alto riesgo de contaminación fecal y a la complejidad de su abordaje quirúrgico, determinada por su localización anatómica profunda en la pelvis.<sup>3</sup> Además, constituyen un importante desafío diagnóstico y terapéutico, ya que sus características anatómicas pueden retrasar la aparición de manifestaciones clínicas evidentes, lo que condiciona un diagnóstico tardío y, en consecuencia, un limitado manejo oportuno. Por otra parte, resulta fundamental distinguir entre el trauma civil y militar, dado que difieren tanto en el mecanismo lesional como en la disponibilidad y el tiempo de acceso a la atención médica, factores que influyen de manera significativa en la evolución y el pronóstico del paciente.

El objetivo de este artículo es evaluar el papel y el posible beneficio de la derivación fecal mediante colostomía en el manejo del trauma rectal, a través de la presentación de un caso clínico y una revisión de la literatura.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 30 años, sin antecedentes médicos de importancia, quien ingresa al servicio de urgencias tras presentar una herida por arma cortopunzante en glúteo izquierdo, refiriendo dolor local intenso y sangrado por la herida. A su ingreso se encontraba hemodinámicamente compensado. Al examen físico se evidenciaba una lesión penetrante de aproximadamente 3 cm en glúteo izquierdo, sin sangrado activo ni déficit motor o sensitivo. El tacto rectal en posición de litotomía, reveló un sangrado reciente y dolor a la palpación. El tono esfinteriano estaba conservado. La anoscopia evidenció a 6 cm del margen anal una solución de continuidad de aproximadamente de 2 cm a nivel posterolateral izquierdo. Se decidió traslado a quirófano. Se abordó la lesión rectal mediante la colocación de un anoscopio de Parks, realizando un lavado rectal y cierre en dos planos de la herida con sutura sintética absorbible (Fig. 1), más la colocación de un drenaje pasivo (Penrose) en el trayecto, exteriorizado por la herida glútea, que se cierra con puntos separados (Fig. 2). Durante el procedimiento, no se evidenció sangrado activo ni lesiones adicionales.

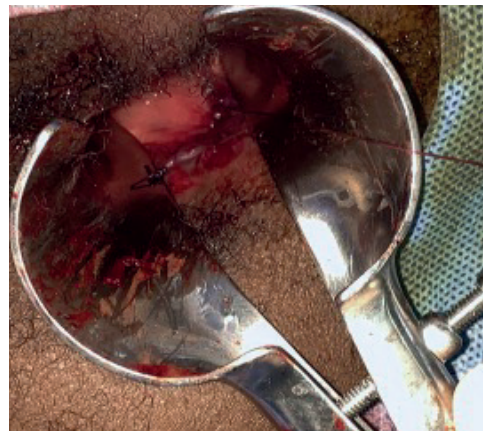


Figura 1. Lesión rectal suturada por vía endorrectal.

TABLA 1. Grado de severidad de las lesiones por trauma rectal halladas en un estudio multicéntrico de la AAST<sup>6</sup>

Grado *	Tipo de lesión	Pacientes N = 785
I	Contusión o hematoma sin desvascularización o laceración de espesor parcial del recto	28%
II	Laceración de espesor total que afecta <50% de la circunferencia del recto	41%
III	Laceración de espesor total que afecta >50% de la circunferencia del recto	13%
IV	Laceración de espesor total que se extiende hacia el periné	12%
V	Segmento desvascularizado del recto	5%

\*Avanzar un grado para lesiones múltiples hasta el grado III.

En el postoperatorio se indicó antibioticoterapia con ampicilina/sulbactam y metronidazol durante 8 días, y loperamida durante 3 días. La alimentación oral se reinició de manera progresiva, con adecuada tolerancia.



**Figura 2.** Herida en la región glútea suturada y drenaje de Penrose en el trayecto.

El paciente presentó una evolución satisfactoria, sin fiebre ni otros signos de infección local, por lo que se otorgó el egreso hospitalario al octavo día de estancia.

En el control ambulatorio a la semana, el paciente se encontraba en buen estado general, sin infección de la herida glútea. El seguimiento posterior se realizó mediante consultas telefónicas periódicas durante un año, sin documentar complicaciones.

## DISCUSIÓN

El manejo quirúrgico del trauma rectal a lo largo de la historia ha sido dinámico y controvertido. Evolucionó desde un manejo expectante, con una elevada mortalidad, a la implementación del cierre primario, colostomía, drenaje presacro y lavado rectal distal.<sup>1</sup> Por consiguiente lo previamente mencionado se ha convertido en un dogma al momento de abordar estos pacientes, particularmente, en el requerimiento de una derivación proximal en todos los casos. Sin embargo, en los traumas civiles, estudios recientes cuestionaron los principios de las “cuatro D”.<sup>4</sup>

Se ha reportado que la mayoría de los pacientes con lesiones intraperitoneales se someten a una reparación directa o resección, así como a una derivación, aunque se demostró que la derivación no se asocia con mejores resultados. Además, si bien el 20% de los pacientes con lesiones extraperitoneales

siguen recibiendo un drenaje presacro y/o un lavado rectal distal, estas maniobras adicionales se asocian de forma independiente con un aumento del triple en las complicaciones abdominales y no deben incluirse en el tratamiento de las lesiones rectales extraperitoneales.<sup>6</sup>

La clasificación de la AAST no distingue entre un compromiso extraperitoneal e intraperitoneal, generando decisiones terapéuticas inapropiadas. En ese contexto, sería recomendable adaptar a esta clasificación el tipo y localización de la lesión.

Las lesiones rectales intraperitoneales deben manejarse de manera similar a las lesiones del colon, donde la reparación primaria constituye el tratamiento de elección.<sup>8</sup> La colostomía se considera una alternativa cuando no es posible realizar una reparación primaria de forma segura. Por otra parte, las lesiones extraperitoneales se han tratado mayoritariamente con la derivación fecal mediante colostomía. Sin embargo, Gonzales et al.<sup>9</sup> propusieron un enfoque alternativo al clasificar las lesiones rectales extraperitoneales en destructivas y no destructivas, según el porcentaje de la circunferencia del recto comprometida. Establecieron como punto de corte una afectación del 25% de la circunferencia rectal, considerando destructivas aquellas lesiones que superan este umbral. Trataron 14 pacientes con lesiones no destructivas, sin derivación fecal, sin sutura y sin drenaje presacro. No hubo complicaciones infecciosas y todos los controles radiológicos con enema de bario al 10° día fueron normales, lo que demuestra que dichas lesiones cicatrizan rápidamente.

El presente caso describe un manejo menos agresivo, que consistió en la reparación primaria de la lesión mediante sutura absorbible por planos, sin necesidad de colostomía y con colocación de drenaje. Este abordaje permitió una evolución clínica favorable, con recuperación satisfactoria y egreso hospitalario temprano.

Finalmente, basándonos en los conceptos previamente expuestos, consideramos que en las lesiones aisladas y no destructivas del recto extraperitoneal puede optarse por la reparación primaria con un alto nivel de seguridad y eficacia.

## CONCLUSIÓN

El cierre primario sin colostomía puede considerarse una alternativa terapéutica menos invasiva en pacientes seleccionados con trauma rectal extraperitoneal. No obstante, es fundamental evaluar de manera individual las condiciones clínicas de cada paciente, el compromiso anatómico y la gravedad de la lesión, teniendo en cuenta que el tipo de intervención puede influir en el pronóstico a largo plazo.

Se requiere mayor evidencia científica, mediante estudios de cohorte y revisiones sistemáticas, que permita establecer

recomendaciones más sólidas y definir un abordaje terapéutico óptimo y eficaz en el manejo del trauma rectal y sus posibles complicaciones.

**Contribuciones:** LJR: Supervisión, Redacción – revisión y edición

CSG: Administración del proyecto, Redacción – borrador original

EGB: Investigación

DCNP: Redacción – borrador original, Preparación del manuscrito

**Declaración de conflictos de interés:** Ninguno.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Declaración de disponibilidad de datos:** Los datos son de acceso público.

**ORCID:**

Rojas LJ: <https://orcid.org/0009-0002-8592-8168>

Santos García C: <https://orcid.org/0000-0002-6756-9653>

González Ballen E: <https://orcid.org/0000-0001-8967-7795>

Navarro Pimiento DC: <https://orcid.org/0000-0002-5055-0700>

## REFERENCIAS

- Carla E, Barciona S. Reparación primaria versus colostomía por trauma de colon en el área de emergencias del hospital Luis Vernaza desde enero de 2011 a enero de 2013. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2014. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/2957>
- Saldarriaga LG, Palacios-Rodríguez HE, Pino LF, Hadad AG, Caicedo Y, Capre J, et al. Rectal damage control: when to do and not to do. *Colomb Med (Cali)*. 2021;52(2):e4124776.
- O'Donnell MT, Greer LT, Nelson J, Shriver C, Vertrees A. Diversion remains the standard of care for modern management of war-related rectal injuries. *Mil Med*. 2014;179(7):778-82.
- Steele SR, Maykel JA, Johnson EK. Traumatic injury of the colon and rectum: the evidence vs dogma. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(9):1184-1201.
- Moore EE, Cogbill TH, Malangoni MA, Jurkovich GJ, Shackford SR, Champion HR, McAninch JW. Organ injury scaling. *Surg Clin North Am*. 1995;75(2):293-303.
- Brown CVR, Teixeira PG, Furay E, Sharpe JP, Musonza T, Holcomb J, et al. Contemporary management of rectal injuries at Level I trauma centers: The results of an American Association for the Surgery of Trauma multi-institutional study. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;84(2):225-33.
- Hargraves MB, Magnotti LJ, Fischer PE, Schroepfel TJ, Zarza BL, Fabian TC, et al. Injury location dictates utility of digital rectal examination and rigid sigmoidoscopy in the evaluation of penetrating rectal trauma. *Am Surg*. 2009;75(11):1069-72.
- Weinberg JA, Fabian TC, Magnotti LJ, Minard G, Bee TK, Edwards N, Claridge JA, Croce MA. Penetrating rectal trauma: management by anatomic distinction improves outcome. *J Trauma*. 2006;60(3):508-13.
- Gonzalez RP, Phelan H III, Hassan M, Ellis CN, Rodning CB. Is fecal diversion necessary for nondestructive penetrating extraperitoneal rectal injuries? *J Trauma*. 2006;61(04):815-19.