

Estallido perineal: avulsión anorrectal.

Presentación de un caso

Dres. M. Chiang, M. Quiral, J. Mena, J. Velarde, J. Reyes, M.A. Elton T., M. De los Ríos, E. Vallejos

Servicio Cirugía Infantil y Traumatología Infantil. Hospital Dr.G. Fricke. Viña del Mar, Chile

Resumen

Los traumatismos anorrectales, aunque infrecuentes, pueden presentar severas complicaciones, llegando incluso, a la muerte. El tratamiento de elección contempla una colostomía de derivación, drenajes presacros, lavados, reparación electiva de la lesión y antibióticos de amplio espectro. Presentamos un paciente que sufrió un traumatismo grave mientras jugaba en su hogar, que le ocasionó fractura expuesta del fémur izquierdo, herida en antebrazo derecho y lesión del complejo anorrectal, con desinserción en sacabocado desde el reborde mucocutáneo anal, en una longitud de 5 centímetros. Tres días después de efectuar colostomía derivativa se realizó reinserción anorrectal por vía sagital posterior con buena evolución. Más tarde se reparó la fractura de fémur mediante reducción con Kuncher, la que llega a buen término. Tres meses después se cierra la colostomía sin eventos destacables.

Palabras clave: Avulsión anorrectal - Trauma perineal - Fractura de fémur

Summary

Anorectal traumas, although infrequent, can be followed by severe complications, and even death. The management of these lesions includes colostomies, surgical toilettes and drainages, IV antibiotics, and elective reconstruction of the damaged anatomy. We herein present the case of a patient who was referred to our institution due to a severe anorectal traumatism plus an open left femoral fracture and a right forearm wound. The anorectal lesion was a 5-cm long, punch-like dissection from the anorectal margin. Three days after the colostomy, an anorectal reconstruction was performed by means of a posterior sagittal approach. The femoral fracture was repaired as well. Three months after the accident we closed the colostomy.

Index words: Anorectal avulsion - Perineal traumatism - Femoral fracture

Resumo

Os traumatismos anorretais, ainda que pouco freqüentes, podem apresentar graves complicações, chegando inclusive à morte. O tratamento de eleição é com colostomia, drenagem pré-sacra, lavagem, reparação eletiva da lesão e antibióticos de amplo espectro. Apresenta-se um paciente encaminhado a nosso hospital, que sofreu um traumatismo grave enquanto brincava em sua casa, que causou fratura exposta do fêmur esquerdo, ferida em antebraço direito e lesão do complexo anorretal, com desinserção em saca-bocado desde o rebordo mucocutâneo anal, em uma extensão de 5 cm. Três dias depois da colostomia foi realizada a re-inserção anorretal, por via sagital posterior, com boa evolução. Mais tarde foi realizada a redução da fratura de fêmur com Küncher, com boa evolução. Três meses após foi fechada a colostomia sem complicações importantes.

Palavras-chave: Avulsão anorretal - Trauma perineal - Fratura de fémur

Introducción

Las lesiones anorrectales en la población infantil son de escasa frecuencia en la vida civil. En los países desarrollados son habitualmente producidos por abuso sexual o por armas de fuego.

En otros países los reportes son escasos, aunque actualmente se han reportado heridas de guerra que afectan también a la población infantil^{1,2}.

Si bien los traumatismos anorrectales son infrecuentes, pueden presentar complicaciones severas, llegando incluso, a la muerte.

El tratamiento de elección contempla una colostomía de derivación, drenajes presacros, lavados, reparación electiva de la lesión y antibióticos de amplio espectro.

Presentamos el caso de un niño de 9 años con avulsión anorrectal.

Presentación del caso

Paciente de 9 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia, estando previamente sano, que ingresa al Hospital G. Fricke, con diagnóstico de fractura expuesta de fémur izquierdo y herida de antebrazo derecho, como consecuencia de un traumatismo en su domicilio, al recibir el impacto en su muslo izquierdo e hipogastrio de una roca desprendida de altura. Ingresa consciente, hemodinámicamente estable.

Al momento de la cirugía de Fémur, se evidencia lesión grave del complejo anorrectal, que lo ha desinsertado en sacabocado desde el reborde mucocutáneo anal, en una longitud de 5 centímetros, por lo que se decide realizar colostomía derivativa, tratamiento con antibióticos (Metronidazol - Gentamicina) y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP).

El extraño mecanismo del violento traumatismo, motivó la sospecha de violencia de otro origen; hecho que fue descartado.

Al 3° día se realiza aseo de la lesión, decidiéndose la reparación primaria: reinserción anorrectal por vía sagital posterior, dejando 2 drenajes de penrose laterales. Evoluciona satisfactoriamente de ambas lesiones graves, siendo externado al 14° día con su colostomía funcionando y con indicación de reposo debido a su fractura de fémur. Reingresa para reparación de su fractura consolidada en posición viciosa, reali-

zándose una reducción con Kuncher, la que llega a buen término. Se controla reparación anorrectal, que también evoluciona en forma favorable. Tres meses más tarde se efectúa el cierre de su colostomía, sin contratiempos.

Discusión

Las lesiones anorrectales en la población infantil son de escasa frecuencia en la vida civil. En los países desarrollados son habitualmente producidos por abuso sexual o por armas de fuego.

En otros países los reportes son escasos, aunque actualmente ya sabemos de heridas de las guerras modernas que afectan también a la población infantil^{1,2}.

Cuando ocurre una lesión perineal, su mecanismo de acción es habitualmente directo, ya sea como abuso sexual^{2,3}, ingesta de cuerpos extraños o uso de termómetros, empalamiento al caer de altura, accidentes de tránsito, o cornadas de animales domésticos^{2,3}. El traumatismo indirecto, que es secundario a un estallido perineal que lesiona la débil línea media de la cincha muscular del periné⁴, retrayendo la región anorrectal, luego de la desinserción del ano desde su reborde ano-cutáneo, ha sido publicado en pocas ocasiones, aunque su fisiopatología está explicada desde principios del siglo XX⁴.

El diagnóstico de la lesión y su magnitud debe ser precoz para poder obtener los mejores resultados, tanto de la calidad de vida como de sobrevivencia del paciente^{2,3}.

Las lesiones de causa poco clara, deben ser investigadas en el terreno de abuso sexual.

La evaluación de la lesión comprende la visualización, bajo anestesia general, del canal rectal, de preferencia por intermedio de una colonoscopia, vaginoscopia en las niñas, y cistoscopia cuando además se presenta hematuria⁵.

El escaso número de pacientes de todas las series infantiles, no permite estandarizar el tratamiento, pero existe consenso para la derivación fecal según el nivel de la lesión, aseo y cierre de la misma, lavados mediante irrigación, drenaje presacro y uso de antibióticos de amplio espectro, considerando la posibilidad de la reparación primaria simultánea si la lesión lo permite⁶.

La complicación más grave es la infección, formación de abscesos y sepsis, que puede llevar a la muerte^{2,4-6}.

A largo plazo, la insuficiencia esfinteriana es otra complicación grave⁶.

En este caso, el paciente evolucionó alejadamente en forma satisfactoria.

Bibliografía

1. MS Slim, M Makaroun, AR Shamma: Primary repair of colorectal injuries in childhood. *J Pediatr Surg* 16 (6) 1008-1011, 1981.
2. EA Amech: Anorectal injuries in children. *Pediatr Surg Int* 16: 338-391, 2000.
3. C Black, WJ Pokorny, CW McGill, et al: Anorectal trauma in children. *J Pediatr Surg* 17 (5): 501-504, 1982.
4. D Sharma, H Rahman, KC Mandloi, et al: Anorectal avulsion: An unusual rectal injury. *Dig Surg* 17: 193-194, 2000.
5. ER Grisoni, E Marsh, T Volsko, D Dudgeon: Pediatric perianal impalement injuries. *J Pediatr Surg* 35 (5): 702-704, 2000.
6. HA Beiler, Z Zachariou, R Daum: Impalement and anorectal injuries in childhood: A retrospective study of 12 cases. *J Pediatr Surg* 33 (8) 1287-1291, 1998.

Trabajo presentado en el 5° Congreso CIPESUR,
Noviembre 2003, Florianópolis, Brasil.

Dra. M. Chiang
Servicio Cirugía Infantil
Hospital Dr.G. Fricke
Viña del Mar, Chile.