

Trauma perianal severo, con lesión de esfínter anal. Reparación primaria del mecanismo de esfínter anal y colostomía en asa por laparoscopia. Una opción a considerar

Severe perianal trauma, with lesion of the anal sphincter. Primary repair of the anal sphincter mechanism and loop colostomy through laparoscopy. An option to be considered

*Dr. Carlos Belmonte Montes,
Dr. Juan José Chávez Rodríguez,
Dr. Gonzalo Hagerman Ruiz-Galindo,
Dr. Roberto Hernández Alejandro*

Resumen

Objetivo: Discutir el manejo del trauma perianal severo con lesión de esfínter anal mediante reparación primaria y colostomía en asa por laparoscopia.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción de los casos: En el presente artículo se analizan dos casos de lesión traumática del esfínter anal con lesión asociada del recto extraperitoneal manejados mediante cierre primario y derivación fecal con colostomía en asa por laparoscopia. Ambos pacientes evolucionaron satisfactoriamente sin complicaciones asociadas a los procedimientos y con un resultado funcional muy satisfactorio.

Conclusión: Consideramos que los resultados obtenidos en nuestros pacientes con el manejo descrito, especialmente en relación a la continencia anal, lo hacen una opción viable en el tratamiento de esta patología en pacientes seleccionados.

Abstract

Objective: To discuss the management of severe perianal trauma with lesion of the anal sphincter by means of primary repair and loop colostomy through laparoscopy.

Setting: Third level health care hospital.

Description of cases: We analyzed two cases of traumatic lesion of the anal sphincter with associated lesion of extraperitoneal rectum handled by means of primary closure and fecal diversion with loop colostomy through laparoscopy. Both patients evolved satisfactorily without complications associated to the procedures and a very adequate functional result.

Conclusion: We consider that the results obtained in our patients with the described methodology, especially in relation to anal incontinence, provide a viable option for the treatment of this pathology in selected patients.

Palabras clave: Trauma, esfínter, colostomía, laparoscopia.
Cir Gen 2001;23: 256-259

Key words: Trauma, sphincter, colostomy, laparoscopy.
Cir Gen 2001;23: 256-259

Del Gabinete de Colon y Recto del Hospital Central Militar. México D.F.

Recibido para publicación: 25 de mayo de 2001

Aceptado para publicación: 18 junio de 2001

Correspondencia: Gabinete de Colon y Recto. Hospital Central Militar. Boulevard Manuel Ávila Camacho S/N.
Lomas de Sotelo, 11642, México, D.F.

Introducción

Las lesiones traumáticas perianales severas con daño al mecanismo de esfínter anal, lesión asociada de recto extraperitoneal y sepsis son afortunadamente problemas poco frecuentes, de tal manera que las lesiones anorrectales en su conjunto sólo constituyen uno de cada 1,600 ingresos a los centros de trauma en EUA.¹ Sin embargo, estas lesiones se asocian con una elevada morbilidad y mortalidad, sobre todo cuando son diagnosticadas tardíamente o son tratadas de forma inadecuada.¹ Las heridas y lesiones perineales extensas habitualmente son tratadas inicialmente considerando únicamente la desbridación del tejido necrótico e infectado, dejando para un segundo tiempo la reparación del mecanismo de esfínter así como la realización de un estoma, con el fin de evitar las complicaciones sépticas, las cuales son consideradas como las más frecuentes en este tipo de pacientes y la causa directa de mortalidad, mientras que la lesión del mecanismo de esfínter y su manejo son responsables de las secuelas funcionales a largo plazo, debido a la dificultad técnica secundaria inherente a una reparación secundaria.² Asimismo, para efectuar el estoma se requiere de una laparotomía formal y la construcción del mismo en colon o íleon distal, de tipo terminal o en asa, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente y a las preferencias del cirujano.³ Recientemente se ha demostrado la viabilidad del cierre primario del esfínter anal en casos seleccionados con resultados satisfactorios⁴ y de la construcción de estomas por laparoscopia con los posibles beneficios de la cirugía de invasión mínima.⁵ A continuación presentamos dos casos de trauma anorrectal severo manejados bajo estos preceptos y los resultados obtenidos.

Descripción de los casos

Caso 1

Paciente masculino de 20 años de edad, recibido en el Servicio de Urgencias del Hospital Central Militar una hora y media después de haber sufrido una herida por empalamiento del periné, recto y esfínter anal externo. En la exploración, los signos vitales fueron normales, y el paciente presentaba una laceración en la parte media del glúteo derecho de aproximadamente dos centímetros de diámetro con trayectoria de lateral a medial, de arriba hacia abajo y de derecha a izquierda, con sección aparentemente completa del esfínter externo y del segmento distal del recto. En los exámenes de laboratorio se encontró únicamente leucocitosis de 17,000. Aproximadamente cuatro horas después de su ingreso, el paciente fue explorado bajo anestesia general. Se observó una herida de aproximadamente 12 centímetros en glúteo derecho. Se realizó proctosigmoidoscopia rígida y se identificó un hematoma en la pared lateral del tercio distal del recto, sin perforación de la mucosa. A continuación se efectuó ultrasonido endoanal utilizando equipo Bruel & Kjaer modelo 1849 (Gentofter, Dinamarca) con dispositivo axial y transductor 7MHz Bruel & Kjaer modelo

1850 (Gentofter, Dinamarca) cubierto con un cono plástico lleno de agua inyectable; se identificó sección completa del esfínter anal externo y parcial (20% aproximadamente) del esfínter anal interno, en el radio de las dos (**Figura 1**). Por lo que se procedió a identificar ambos segmentos del esfínter externo seccionados, los cuales se aproximan y se suturan mediante técnica de traslape con sutura absorbible de PDS 2-0 reforzando la sutura con puntos simples del mismo material. Después de la reparación primaria del esfínter, se colocaron drenajes tipo Penrose dirigidos hacia la fosa isquioanal a través de la herida perineal, la cual se desbridó de tejido necrótico, se lavó exhaustivamente y se marsupializaron los bordes de la herida. Una vez efectuada la reparación del esfínter, se colocó al paciente en decúbito dorsal para realizar una colostomía por laparoscopia, complementaria de la reparación. Se exploró cuidadosamente cavidad abdominal, identificando colon sigmoides, el que se tomó con una pinza de Babcock de 10 mm y se extrajo a través del trocar localizado en la fosa ilíaca izquierda. Se amplió la herida quirúrgica de la fosa ilíaca izquierda y se extrajo el colon sigmoides en forma de asa para realizar la colostomía.

Se cubrió al paciente con esquema doble de antibióticos (metronidazol, cefotaxima), analgésicos, sonda de Foley y reposo absoluto. Inició la vía oral a las 48 h y estableció tránsito intestinal el tercer día postoperatorio. Tres semanas después se realizó colgajo fasciocutáneo e injertos de espesor parcial de piel sobre heridas perineales; se le practicó ultrasonido endoanal, en el cual se observó el esfínter anal externo íntegro. Finalmente, a las seis semanas se realizó cierre de colostomía. El paciente actualmente se encuentra con integridad del me-

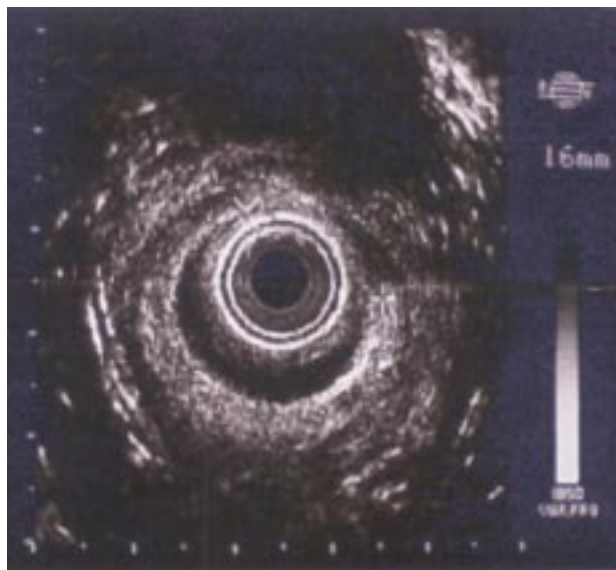


Fig. 1. Ultrasonido endoanal preoperatorio que demuestra la lesión anterior del mecanismo del esfínter (tercio medio del canal anal).

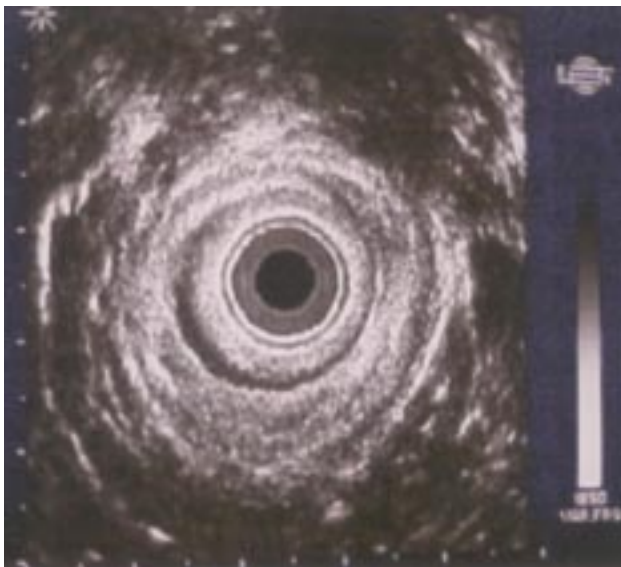


Fig. 2. Ultrasonido endoanal de control, ocho semanas después de la reparación (tercio medio del canal anal).

canismo de esfínter así como continente a sólidos y gases sin secuelas postoperatorias, con un seguimiento de 24 meses (**Figura 2**).

Caso 2

El segundo caso correspondió a un paciente masculino de 54 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien se introdujo accidentalmente un instrumento roma a través del periné en dirección del ano aproximadamente 72 h previas a su ingreso. El paciente refiere dolor perineal y salida de materia fecal a través de la herida, molestias que se intensificaron el día de su ingreso a urgencias.

A la exploración física se encontró un paciente en buenas condiciones generales, con obesidad moderada, hemodinámicamente estable, afebril, con exploración abdominal negativa. La exploración de la región perineal mostró una herida en el radio de la una, de tres cm, de bordes irregulares con salida de materia fecal. Se encontró, además, área de 30 x 10 cm en fosa isquioanal derecha, roja, tensa y muy dolorosa. Se realizó tomografía computarizada donde se apreció engrosamiento en fosa isquioanal derecha y aire que disecaba todo el espacio retroperitoneal hasta el riñón; la biometría hemática con leucocitosis de 18,000 con bandemia y neutrofilia. Se estableció el diagnóstico de sepsis perineal grave, secundaria a perforación traumática de recto extraperitoneal con lesión asociada del esfínter. Dos horas después de su ingreso es intervenido quirúrgicamente. Con el paciente en posición de Navaja Sevillana, se realizó exploración anal y proctosigmoidoscopia rígida, identificando laceración en el radio de las 11 del 50% de la pared lateral del recto que se comunicaba con el espacio preperitoneal anterior. Se encontró el esfínter interno completamente seccionado y el esfínter externo con lesión parcial y

disección importante hacia el hueco pélvico. Se identificó, mediante disección roma, ambos segmentos del esfínter seccionado, los cuales se aproximaron y se suturaron mediante técnica de traslape con sutura absorbible de vicryl 2-0 reforzando la sutura con puntos simples del mismo material, se colocaron drenajes tipo Penrose dirigidos hacia la fosa isquioanal a través de la herida perineal y se marsupializó la misma. Se colocó al paciente en decúbito dorsal para construir una colostomía por vía laparoscópica complementaria de la reparación. En el postoperatorio se mantuvo al paciente bajo reposo absoluto, con sonda urinaria y cobertura con doble esquema de antibióticos. Inició con tránsito intestinal formal bien establecido al tercer día de su postoperatorio, iniciando vía oral con líquidos claros al día siguiente. El paciente es egresado al octavo día postoperatorio por mejoría. Cuatro semanas después se realizó el cierre de la colostomía por mejoría de las lesiones perineales y resolución de su cuadro de sepsis perineal. Se continuó el seguimiento del paciente a doce meses de ocurrida la lesión sin problemas evidentes, permaneciendo continente a sólidos, líquidos y gases, así como ultrasonido endoanal de control que demuestra integridad del mecanismo de esfínter.

Discusión

Las lesiones descritas en el presente artículo han sido mencionadas de manera aislada dentro de la literatura mundial. Tradicionalmente las heridas y lesiones perineales extensas aisladas han sido manejadas con la desbridación del tejido necrótico y derivación fecal para reparar el mecanismo de esfínter en un segundo tiempo quirúrgico, sin tener información del resultado funcional de estos pacientes.⁶

Se consideró en nuestros casos la reparación primaria del defecto muscular debido a las evidencias de resultados funcionales satisfactorios en los que se observó una continencia subjetiva adecuada; además, en los casos en los que se han efectuado reparaciones secundarias, el procedimiento se hace técnicamente difícil debido a la retracción de los músculos y la degeneración secundaria de los mismos.^{4,7} La reparación primaria del defecto esfintérico es considerada una opción segura de tratamiento cuando es complementada con derivación fecal y antibióticos.⁴ Las reparaciones secundarias se reservan para casos en los cuales el paciente se encuentra inestable.

Adicionalmente, es obligatoria una colostomía con el fin de disminuir las complicaciones inherentes al paso de la materia fecal sobre el sitio lesionado con el propósito de disminuir las complicaciones sépticas, causa principal de morbilidad y mortalidad de estos pacientes.¹ El advenimiento de la cirugía laparoscópica ha contribuido a disminuir la morbilidad asociada a la realización de una colostomía. En general se acepta que la colostomía por laparoscopia es un procedimiento seguro, simple y efectivo que permite el inicio del tránsito intestinal temprano y asegura la orientación del segmento intestinal.⁵ En los dos pacientes se utilizó una

colostomía en asa, con ventajas sobre una derivación terminal como son: manejo simplificado del estoma, que permite realizar estudios contrastados por el asa eferente y que además elimina la necesidad de una laparotomía cuando ya no se requiere del estoma, lo que permite el cierre de la colostomía mediante incisión periostomal y, por consiguiente, elimina la necesidad de manipulación transrectal con el uso de engrapadora con lo que se evita el riesgo de lesionar nuevamente al esfínter anal.^{3,7}

El uso de drenajes no es indispensable en el manejo de lesiones traumáticas de colon, sin embargo, es un principio fundamental para el tratamiento del trauma de lesiones anorrectales debido al abundante tejido graso que rodea al recto lo que predispone a infecciones agregadas.⁸ Los antibióticos de amplio espectro constituyen un elemento importante en el tratamiento de los pacientes con lesiones anorrectales. Los dos pacientes fueron tratados con antibióticos de amplio espectro, los que se administraron desde el preoperatorio con el objetivo de alcanzar concentraciones plasmáticas satisfactorias. No existe un consenso sobre el antibiótico de elección para tales procedimientos, sin embargo, se recomienda una combinación de cefalosporinas de segunda o tercera generación con metronidazol o clindamicina.⁹

El ultrasonido endoanal constituye una herramienta útil en el diagnóstico y estudio de los padecimientos anorrectales. En el caso de las lesiones del esfínter ha demostrado tener una sensibilidad y una especificidad cercanas al 100% en cuanto a la detección de desgarros.¹⁰ Ambos pacientes han recibido

seguimiento con el uso del ultrasonido endoanal sin evidencia de complicaciones hasta el momento.

Conclusión: La reparación primaria del mecanismo de esfínter anal y colostomía en asa por laparoscopia es una opción viable en pacientes con trauma perianal severo en pacientes seleccionados.

Referencias

1. Abcarian H. Rectal trauma. *Gastroenterol Clin North Am* 1987; 16: 115-23.
2. Engel AF, van Baal SJ, Brummelkamp WH. Late results of anterior sphincter plication for traumatic faecal incontinence. *Eur J Surg* 1994; 160: 633-6.
3. Prasad ML, Pearl RK, Abcarian H. End-loop colostomy. *Surg Gynecol Obstet* 1984; 158: 380-2.
4. Chrilow JF, Houlihan MJ, Landolt CC, Weinstein ME. Primary sphincter repair in anorectal trauma. *Dis Colon Rectum* 1996; 28: 945-7.
5. Ludwig KA, Milsom JW, García-Ruiz A, Fazio VW. Laparoscopic techniques for fecal diversion. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 285-8.
6. Haas PA, Fox TA Jr. Civilian injuries of the rectum and anus. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 17-22.
7. Ecker KW, Hildebrandt U, Feifel G. Chirurgisches Behandlungskonzept bei traumatischen Sphinkterläsionen. *Zentralbl Chir* 1996; 121: 681-7.
8. Trunkey D, Hays RJ, Shires GT. Management of rectal trauma. *J Trauma* 1975; 13: 411-5.
9. Weil PH. Injuries of the retroperitoneal portions of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1975; 16: 19-21.
10. Nielsen MB, Hause C, Rasmussen O, Pedersen JF, Christiansen J. Anal endosonographic findings in the follow-up of primarily sutured sphincteric ruptures. *Br J Surg* 1992; 79: 104-6.