

Trauma anal por asta de toro. Reporte de dos casos

Anal trauma due to a bullhorn hurt. A two-cases report

Dr. Billy Jiménez-Bobadilla, Dr. Juan Antonio Villanueva-Herrero, Dr. Joel Santillán-Ruvalcaba, Dr. Enrique Montaña Torres, Dr. Luis Charúa-Guindic

Resumen

Objetivo: Descripción de dos casos de trauma anal por asta de toro.

Sede: Hospital de Tercer Nivel, Hospital General de México. O.D.

Diseño: Reporte de casos.

Descripción de los casos:

Caso 1. Masculino de 18 años de edad, agredido 6 horas previas a su ingreso por un toro. Se observó una herida de aproximadamente 5 cm, en el cuadrante posterior izquierdo de la región perianal. Fue llevado a quirófano, la rectosigmoidoscopia rígida fue normal y no existía lesión de esfínteres. Se realizó desbridación y lavado de la herida, con avance de colgajo de piel, además de administrar antibióticos de amplio espectro y aplicación de vacuna antitetánica.

Caso 2. Masculino de 17 años, agredido 8 horas previas a su internamiento. Se encontró una herida anal y perianal de 6 cm, en el cuadrante anterior izquierdo con sección de ambos esfínteres. Fue llevado a quirófano y durante la rectosigmoidoscopia rígida se encontró disrupción del conducto anal hasta 2 cm por arriba de la línea anorrectal. Se realizó desbridación y esfinteroplastía. Al mes de seguimiento con continencia normal.

Conclusiones: Las heridas ocasionadas por los toros son clasificadas como sucias y requieren un lavado quirúrgico exhaustivo, antibióticos intravenosos de amplio espectro y se recomienda la aplicación de vacuna antitetánica. Si existe una lesión completa del esfínter y el cirujano no tiene experiencia para realizar una esfinteroplastía, una colostomía es una opción aceptable.

Abstract

Objective: Description of two cases of anal trauma due to bullhorn hurts.

Site: Third Level Hospital, General Hospital of Mexico. O.D.

Design: Case report.

Description of the cases:

Case 1. Male patient of 18 years old that had been aggressed by a fighting bull six hours before entering the hospital. It was observed a hurt of around 5 cm in the left posterior quadrant of the perianal area. The patient was taken to the operating room; the rigid rectosigmoidoscopy was normal and there was no lesion in sphincters. It was performed a debridation and hurt washing, with advances of skin flaps tatter rags, as well as administrating wide-spectrum antibiotics and anti-tetanus vaccination.

Case 2. Male patient of 17 years old, having been aggressed 8 hours before his hospital admission. It was found a six-centimeter long anal and perianal hurt in the left anterior quadrant, with the section of both sphincters. The patient was taken to the operating room. During the rigid rectosigmoidoscopy, it was found anal duct disruption up to 2 cm above the anorectal line (or junction). Both debridation and sphincteroplasty were practiced at the second month of the follow-up period with normal continence.

Conclusions: Bull-caused injuries are classified as contaminated wounds and require an exhaustive surgical washing and wide-spectrum intravenous antibiotics; besides this, it is recommended to apply anti-tetanus vaccination. If the sphincter is completely injured, and the surgeon has no experience to perform a sphincteroplasty, then a colostomy is a viable option.

Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología

Hospital General de México

Recibido para publicación: 20 septiembre 2008

Aceptado para publicación: 2 noviembre 2008

Correspondencia: Dr. Billy Jiménez Bobadilla

Dr. Balmis Núm. 148, 06726. México, D.F.

Tel. 2789-2000 ext. 1045

E-mail: billyjimenez@hotmail.com

Palabras clave: Herida perianal, asta de toro, esfínteroplastia, corrida.
Cir Gen 2008;30:234-237

Key words: Perianal hurt, bullhorn, sphincteroplasty, bullfight.
Cir Gen 2008;30:234-237

Introducción

Los festejos taurinos en México, como en el resto de los países Iberoamericanos, son una práctica común. El participar en eventos con estos animales astados, no siempre pone en riesgo sólo al “matador”, ya que actualmente no se limita la presencia de los animales a una plaza. Desde hace varios años en nuestro país, existen las “pamplonadas”, una suelta de toros durante algunas fiestas de varias ciudades (Huamantla, Tlaxcala, San Miguel de Allende), dentro de un circuito en sus calles, donde los aficionados pueden ser heridos o cornados gravemente por los animales.

Las lesiones por toros de lidia han sido descritas desde hace varios siglos. Una de las narraciones más descriptivas al respecto la realizó el Barón Dominique Larrey, cuando acompañaba a las tropas de Napoleón Bonaparte en España; un soldado ebrio saltó al ruedo y fue herido en la ingle por un toro.¹

Las lesiones ocasionadas por los toros las hacen únicas, son penetrantes y también, por contusión, ocasionan lesiones musculares extensas: el trayecto del asta puede tener varias direcciones, además de la contaminación grave por cuerpos extraños y gérmenes.²⁻⁵

El sitio afectado puede ser cualquier parte del cuerpo, sin embargo los miembros inferiores son los más lesionados y en segundo lugar la región perineal.^{2,6-8} En una serie de 42 heridas por asta de toro en México, 28 fueron en los miembros inferiores y 2 en la región perineal-escrotal, similar a lo reportado a la literatura internacional.³

Por otra parte, son infrecuentes las lesiones traumáticas de la región perianal, del ano y de los esfínteres en la población civil, no asociadas a trauma obstétrico. Estas lesiones pueden ser secundarias a empalamiento, laceraciones, armas de fuego, punzocortantes, violación y un sinnúmero de mecanismos. Se reporta una mortalidad del 25% de los pacientes con trauma severo de la región perineal, por hemorragia incontrolable; el manejo de estas lesiones no está totalmente estandarizado, proponiendo la realización de un estoma derivativo como parte del tratamiento.^{9,10}

Presentamos dos casos de pacientes que sufrieron heridas en la región anal por asta de toro, describiendo su manejo en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, así como una revisión del manejo de las heridas en esta región.

Descripción de los casos

Caso 1

Paciente masculino de 18 años de edad, aprendiz de torero (maletilla) agredido 6 horas previas a su internamiento en nuestra Unidad. Fue cornado en la región

anal y perianal durante una corrida de toros en el estado de Hidalgo. En la exploración inicial no existía ningún dato de afección abdominal o de vías urinarias; se le encuentra herida penetrante en región perianal posterior izquierda de aproximadamente 7 cm de diámetro, aparentemente sin sección de esfínteres (**Figura 1**), con sangrado leve y la herida contaminada. Se ingresó al paciente, se aplicó vacuna antitetánica (toxoi de tetánico), se tomaron placas simples de abdomen para descartar aire libre subdiafragmático.

En quirófano en posición de navaja sevillana y bajo bloqueo peridural, se realizó rectosigmoidoscopia rígida observando integridad de la mucosa hasta 25 cm, sin evidencia de perforaciones; se exploró la herida digitalmente encontrando integridad de los esfínteres y un trayecto pararectal ciego de aproximadamente 6 cm; en el conducto anal había pérdida del anodermo de 5 cm de diámetro con exposición del esfínter anal interno y externo. Se realizó lavado mecánico exhaustivo de la herida con agua súper oxidada (Microsyn®) y se avanzó un colgajo de piel de espesor total para cubrir el defecto de anodermo (**Figura 2**).

El paciente se manejó con triple esquema antibiótico a base de amikacina 500 mg 2 veces por día, metronidazol 500 mg 3 veces por día y cefotaxima 1 g, 3 veces por día. Se indicó ayuno de 24 horas posteriormente evolucionando hasta la dieta. El drenaje se retiró a las 48 horas cuando el gasto fue seroso, y se realizaron curaciones diariamente con agua súper oxidada (Microsyn®) y rifamicina tópica (Rifocyna®). No hubo complicaciones sépticas. Se egresó a los 10 días posteriores al cumplimiento de los esquemas antibióti-



Fig. 1. Aspecto de la lesión anal y perianal.



Fig. 2. Lesión reparada.

cos. La evolución fue satisfactoria, y en su control a un mes se encontró con continencia normal (escala de Jorge-Wexner 0 puntos) y el colgajo de piel sin complicaciones.

Caso 2

Paciente masculino de 17 años, que 8 horas antes de su internamiento, fue cornado en la región anal y perianal durante una suelta de toros en la ciudad de Tlaxcala; se encontraba en estado de ebriedad. En la exploración inicial se encontró una laceración de 6 cm de diámetro en la región anal y perianal anterior izquierda (trayectoria de lateral a medial) y una sección de ambos esfínteres en dicha región (un tercio del diámetro del conducto anal). Se tomaron radiografías de tórax y abdomen y se descartó perforación hacia cavidad abdominal. En quirófano, bajo bloqueo, se realizó rectosigmoidoscopia encontrando disrupción del conducto anal hasta 2 cm por arriba de la línea anorrectal y lesión de ambos esfínteres. Se realizó lavado exhaustivo de la herida con agua súper oxidada (Microsyn®) y esfinteroplastia terminal de esfínter anal interno y externo, con cierre de la mucosa en un plano y piel y colocación de un drenaje tipo Penrose. Se manejó con antibióticos de amplio espectro intravenosos, se aplicó vacuna antitetánica (toxoides tetánico) y se egresó al 7º día sin complicaciones. Al mes de seguimiento presentó continencia normal (escala de Jorge-Wexner con 0 puntos) y heridas bien afrontadas.

Discusión

La región perianal, que se encuentra comprendida dentro del periné, con un margen de 5 cm alrededor del ano, presenta lesiones que nunca se deben minimizar y se deben atender dentro de un hospital con acceso a una rectosigmoidoscopia. Si el traumatismo es resultado de la cornada de un toro, convierte a este tipo de lesiones en una situación más crítica.

A diferencia de las cornadas sufridas por profesionales, en las "pamplonadas", el lesionado está en movimiento o en el suelo, presentándose las heridas por empalamiento o en escroto con mayor frecuencia.

Una vez realizada la valoración inicial como en todo paciente de trauma, la inspección de la región es el primer paso específico para determinar la gravedad de la lesión. El tacto rectal nos permite determinar si existe una lesión en la mucosa anal y rectal inferior pero sobre todo de los esfínteres. La rectosigmoidoscopia, rígida o flexible, es necesaria para descartar una lesión destructiva del recto extraperitoneal (más del 25% de destrucción de la circunferencia del recto) y así evitar una colostomía innecesaria.^{11,12} Un estoma derivativo no se considera necesario para el manejo de las lesiones perianales, anales y del complejo esfinteriano.^{3,9-11,13} Sin embargo, se ha llegado a sugerir el realizar el estoma derivativo si hay una lesión extensa del periné (periné ampliado)¹⁴ o para comodidad del paciente cuando hay una lesión grave del esfínter, que condiciona una incontinencia severa; en esta última circunstancia nosotros creemos que no es necesario un estoma.¹⁵

En una revisión reciente, cuando hay una lesión severa del conducto anal con destrucción del complejo del esfínter anal, se propone la resección abdominoperineal como una opción. La sugerencia de este procedimiento nos parece exagerada.¹⁶

Las heridas por toros son consideradas como infectadas, con presencia de bacterias anaerobias y aerobias. Se debe iniciar inmediatamente antibióticos de amplio espectro y terapia antitetánica con inmunoglobulina cuando se cuenta con ella, en caso contrario la aplicación de toxoide tetánico es una buena opción;^{3,5} se han reportado casos de tétanos secundario a este tipo de lesiones.

El tratamiento quirúrgico está dirigido al lavado exhaustivo, desbridación extensa del tejido y extracción de cuerpos extraños de la herida. La tasa de infección se ha reportado del 11% (9 a 55%), con mayor frecuencia cuando se realiza un cierre primario.^{17,18} Los antibióticos se deben continuar posterior a la cirugía.

Se debe recordar que los síntomas pueden ser escasos y que la apariencia de la lesión durante la inspección no se correlaciona muchas veces con la complejidad del daño; una exploración acuciosa y sistemática en quirófano evitará complicaciones, identificando de manera temprana el tamaño real de la lesión y su asociación con lesiones viscerales, vasculares y de troncos nerviosos.

Cuando existe lesión del esfínter, su reparación primaria dependerá de la extensión del daño. La lesión aislada del esfínter interno no requiere de cirugía. La esfinteroplastia urgente se recomienda en lesiones de ambos esfínteres con poca pérdida de tejido y con el paciente estable.¹⁰ La cirugía electiva es la opción más viable si hay una lesión extensa del esfínter, del piso pélvico o de los nervios pudendos. La esfinteroplastia con técnica de traslape es lo ideal y se debe realizar una vez que los tejidos se

encuentran sin inflamación y el segmento lesionado del esfínter presenta fibrosis.^{13,16}

Ambos pacientes se encontraban clínicamente con continencia normal, con puntaje de 0 valorada con la escala de Jorge-Wexner,¹⁹ motivo por el cual no se realizó una manometría anorrectal durante el seguimiento.

Conclusión

Las lesiones por asta de toro en la región anal y perianal requieren de manejo quirúrgico urgente, lavado mecánico exhaustivo del sitio afectado con solución antiséptica, utilización de antibióticos y aplicación de inmunoglobulina antitetánica. La identificación de la lesión esfintérica y el conocimiento de su anatomía, es fundamental para el tratamiento quirúrgico y así tener resultados satisfactorios en la continencia. La colostomía no tiene indicación absoluta aun con disrupción de esfínter anal interno y externo. La colostomía se debe reservar en casos donde el cirujano no tiene experiencia en la reparación de esfínteres.

Referencias

1. Crumplin MK. Matador versus taurus: bull gore injury. Comment on Lloyd MS (*Ann R Coll Surg Engl* 2004; 86: 3-5) *Ann R Coll Surg Engl* 2004; 86: 402.
2. Lloyd MS. Matador versus taurus: bull gore injury. *Ann R Coll Surg Engl* 2004; 86: 3-5.
3. Vázquez-Bayod R, Villanueva-Sáenz E, Gómez-García E. Aspectos generales en el manejo quirúrgico de las heridas por asta de toro en el Valle de México 1997-2000. Reporte de 42 casos. *Rev Mex Ortop Traum* 2000; 14: 302-8.
4. Zamora-Lomelí JA. Lesiones por embestida de toro de lidia en eventos civiles. Experiencia de 10 años. *Cir Gen* 2004; 26: 97-101.
5. Ríos-Pacheco M, Pacheco-Guzmán R, Padrón-Arredondo G. Heridas por asta de toro. Experiencia de un año en el Hospital General de O'Horán. Mérida, Yucatán. *Cir Cir* 2003; 71: 55-60.
6. Fragoso-Bernal JS, Ruiz-Roque R, Romero-Briones CG, Maldonado-Islas G. Lesiones por ganado de lidia en el estado de Tlaxcala, México: Un problema de salud originado por el folklore. *Cir Gen* 2004; 26: 102-6.
7. Chambres O, Thaveau F, Gabbai M, Giraud C, Gouffrant JM, Kretz JG. Une discipline atypique: la chirurgie taurine. A propos de deux observations. *Ann Chir* 2005; 130: 340-5.
8. Martínez-Ramos D, Miralles-Tena JM, Escrig-Sos J, Traver-Martínez G, Cisneros-Reig I, Salvador-Sanchís L. Heridas por asta de toro en el Hospital General de Castellón. Estudio de 387 pacientes. *Cir Esp* 2006; 80: 16-22.
9. Kudsk KA, Hanna MK. Management of complex perineal injuries. *World J Surg* 2003; 27: 895-900.
10. Belmonte-Montes C, Chávez-Rodríguez J, Hagerman-Ruiz-Galindo G, Hernández-Alejandro R. Trauma perianal severo, con lesión del esfínter anal. Reparación primaria del mecanismo del esfínter anal y colostomía en asa por laparoscopia. Una opción a considerar. *Cir Gen* 2001; 23: 256-9.
11. Siler V, Bebb K. Trauma to the perineum, anus, rectum and colon. *Am J Surg* 1950; 80: 652-62.
12. González RP, Phelan H 3rd, Hassan M, Ellis CN, Rodning CB. Is fecal diversion necessary for nondestructive penetrating extraperitoneal rectal injuries? *J Trauma* 2006; 61: 815-9.
13. Brill SA, Margolin DA. Anal sphincter trauma. *Semin Colon Rectal Surg* 2004; 15: 90-94.
14. Kusminsky RE, Shbeeb I, Makos G, Boland JP. Blunt pelviperineal injuries. An expanded role for the diverting colostomy. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 787-90.
15. Hellinger M. Anal trauma and foreign bodies. *Surg Clin North Am* 2002; 82: 1253-60.
16. Herr M, Wascher R, Gagliano R. Historical perspective and current management of traumatic injury to the extraperitoneal rectum and anus. *Curr Surg* 2005; 62: 625-32.
17. Rudloff U, Gonzalez V, Fernandez E, Holguin E, Rubio G, Lomelin J, et al. Chirurgical Taurina: A 10-year experience of bullfight injuries. *J Trauma* 2006; 61: 970-4.
18. Rebollo FJ, Bermejo M, López M, Utrillas A, del Val JM, et al. Heridas por asta de toro y el "paseíllo" del cirujano. *Cir Esp* 2001; 69: 525.
19. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.