



Traumatismos Anorrectales

Reunión Extraordinaria SVC. Xátiva 2007



David Moro Valdezate
Hospital de Sagunto



Importancia

Urgencia en Valoración y Tratamiento

Morbimortalidad:



Mortalidad excepcional en la vida civil,
pero elevada en las guerras

Secuelas:



Evolución histórica

Conflicto

Lesiones Asociadas

Manejo

Mortalidad

Guerra Civil Americana

Falcone 1865 — Observación > 90%

1ª Guerra Mundial

Wallace 1917 19% Desbridamiento amplio 70%

Tr. Civiles	Año	Morbilidad	Mortalidad
Vitale y cols	1983	16%	3%
Tuggle y Huber	1984	36%	0%
Shannon y cols	1988	60%	4%
Burch y cols	1989	11%	4%
Thomas y cols	1990	10%	0%
Ruiz y cols	2000	17%	0%
Ozturk y cols	2004	29%	2%

Heridas en Civiles

Woodhall 1951 — Reparación primaria sin colostomía 20%

Gumbert 1966 — en Colon y Recto intraperitoneal

Vietnam

Ganchrow 1970 87% Desbridamiento amplio y reparación directa 17%

Lavenson 1971 66% Colostomía + Cocciguetomía + Lavado distal 13%

Etiología

Cerrados

Accidentes de tráfico, caídas...

Penetrantes

Transabdominales

Proyectiles

Heridas por arma blanca

Yatrogénicos: Cirugía pélvica...

Obstétricos: desgarros 3^{er} y 4^o grado

Transanales

Yatrogénicos: termómetros, enemas, endoscopia...

Sexualmente: cuerpos extraños, coito anal, digitación...

Otros: Empalamientos, químicos, neumáticos...

Transperineales

Proyectiles. Arma blanca.

Asta de toro.

Fistulectomía, hemorroidectomía, esfinterotomía...

Necrosis rádica...



Valoración y Tratamiento

Committee on Trauma (American College of Surgeons)

1. Evaluación primaria sistemática (prioridades vitales)

2. Reanimación

3. Evaluación secundaria

Exploración abdominal

- ***Palpación***
- ***RX abdomen y pelvis***
- ***Eco o TAC***

Exploración rectal-vaginal

Exploración uretral

- ***Sondaje vesical.***
- ***Uretrografía***

4. Cuidados definitivos

Valoración

Exploración perianal cuidadosa

Tacto Rectal

- Obligatorio
- Dedil manchado de sangre
- Hematoma perirrectal
- Urinoma
- Valoración contracción esfinteriana



S: 95%
+

Rectoscopia rígida

- En todo paciente en que se sospeche lesión rectal
- Insuflar poco
- Lavado rectal si no se sospecha perforación



¡NO HACER ENEMA BARITADO!



Bases del Tratamiento

VALORACIÓN DE LESIONES ASOCIADAS
DIAGNÓSTICO CORRECTO
ACTUACIÓN PRECOZ
ANTIBIOTERAPIA AMPLIO ESPECTRO
DESBRIDAMIENTO Y LIMPIEZA
DRENAJE

Diferenciación anatómica

¡ Las lesiones rectales, uretrales y vaginales son muy difíciles de descubrir en la laparotomía si no se sospechan previamente !

LESION INTRAPERITONEAL

Neumoperitoneo

Signos de peritonitis

Lavado peritoneal positivo (Sangre o heces)

Traumatismo penetrante

Traumatismos anales de cualquier índole

Fracturas de la pelvis

Cuerpo extraño rectal

Rectorragia tras traumatismo abdominal o pélvico

Paredes anterior y laterales de los 2/3 superiores del recto (serosa).



Manejo como las lesiones de colon

Lesión extraperitoneal

Cara posterior de los 2/3 superiores del recto (sin serosa)

Reparación primaria — Resección y Anastomosis
Colostomía derivativa
Omitir colostomía en casos seleccionados

1/3 inferior del recto (sin serosa)

Heridas accesibles:

Reparación primaria
Colostomía derivativa
Algunas requieren drenaje del espacio presacro.

Heridas inaccesibles:

Drenaje presacro
Colostomía proximal.

¿Colostomía derivativa?

Se prefieren colostomías de sigma en asa

Hartmann

Si hay pérdidas extensas de pared rectal

Se requiere resección rectosigmoidea (Burch 1989; Ivatury 1991)

AAP

Desvascularización extensa de la pared rectal

Hemorragia pélvica incontrolable (Ganchrow 1970; Falcone 1988; Getzen 1977; Grasberger 1983)

Si los esfínteres están destrozados (Burch 1989)

Shock

Intervalo lesión - tratamiento > 8 horas

Gran desvitalización tisular

Peritonitis o contaminación franca

Lesiones asociadas importantes

¿Cuándo reparación primaria?

Reparación primaria sin colostomía

Lesiones encontradas durante la disección de otras lesiones.

En áreas accesibles

Poca pérdida de pared rectal, excepto si es necesario resección.

Lesiones leves con mínima contaminación.

Sin otras lesiones importantes asociadas.

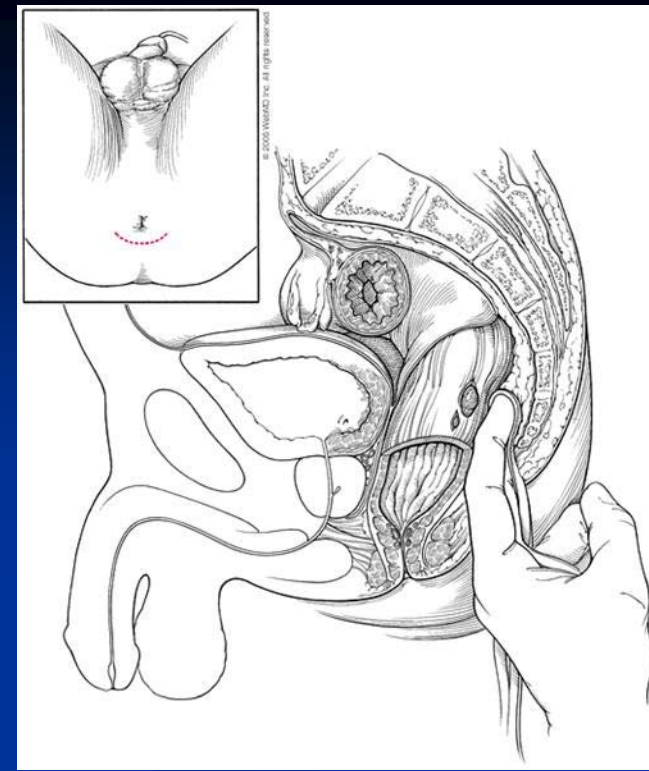
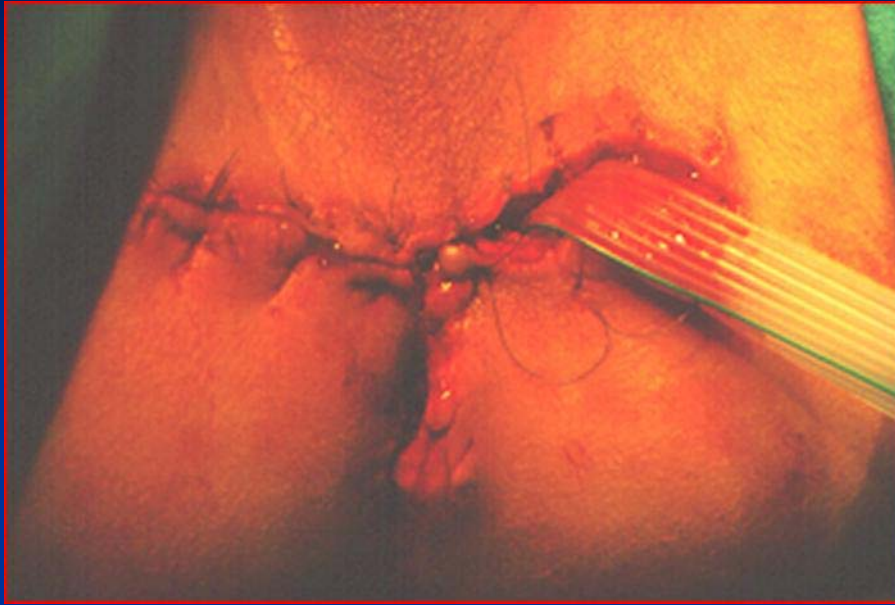
< 8 horas desde la lesión.

No hay diferencias entre colostomía y reparación primaria con sólo colostomía.

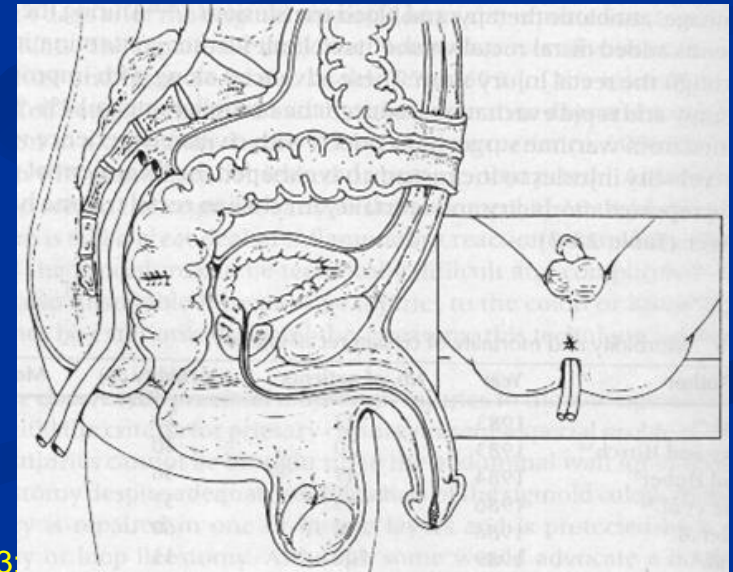
Velmahos, 2000 y Navsaria, 2004

*No se puede llegar a conclusiones categóricas o enfáticas.
Recomendaciones con prudencia y en casos seleccionados*

¿Drenaje Presacro?



Lesiones extraperitoneales
Prevenir abscesos retroperitoneales
Espacio relativamente cerrado
Puede migrar a los muslos



¿Drenaje Presacro?

Tratamiento	Pacientes	Absceso / Fístula pélvicos
Colostomía CON drenaje presacro	23	9%
Colostomía SIN drenaje presacro	25	2%

Único Prosp. Rand. Gonzalez RP. The role of presacral drainage in the management of penetrating rectal injuries. J Trauma Inj Infect Crit Care. 1998

Tratamiento	Pacientes	Complicaciones
Colostomía	12	25%
Colostomía + Reparación primaria	12	33%
Colostomía + Drenaje presacro	6	17%

Retrospectivo. Velmahos GC. Operative management of civilian rectal gunshot wounds: simpler is better. World J Surg. 2000

Estudio prospectivo de 20 pacientes
El drenaje presacro puede no ser necesario en la mayoría de casos
Sólo en lesiones extensas que afecten el espacio presacro

Navsaria PH. Diagnostic laparoscopy and diverting sigmoid loop colostomy in the management of civilian extraperitoneal rectal gunshot injuries. Br J Surg. 2004; 91:460-464

¿Lavado rectal?

Guerra de Vietnam (Lavenson 1971)

Contaminación importante

Impactación fecal

Translocación bacteriana

Sin reparación primaria: las heces pueden penetrar en tejidos blandos.

Shannon FL. J Trauma. 1988

Burch JM. Ann Surg. 1989

Thomas DD. Am Surg. 1990

Ivatury RR. Am Surg. 1991

Herr MW. Current Surgery. 2005

La mayoría de los estudios civiles realizados desde entonces no muestran ventajas
No asocia un aumento en la morbimortalidad

La tendencia actual es no utilizar lavado del colon distal

Reparación esfinteriana

Lesiones aisladas del EAI: no suelen requerir tratamiento

Desbridamiento de tejidos y realizar esfinteroplastia primaria:

End to end: tasa de dehiscencia 40%

Overlapping: éxito del 90%

Fang DT, Nivatvongs S. Overlapping sphincteroplasty for acquired anal incontinence. Dis Colon Rectum. 1984
Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. Dis Colon Rectum. 1993



Buen muñón neuromuscular.

Preservación del tejido fibroso de los bordes de los cabos

Anchura suficiente para anclar las suturas con seguridad.

Bien irrigado

Mínima pérdida de tejido.

Paciente estable

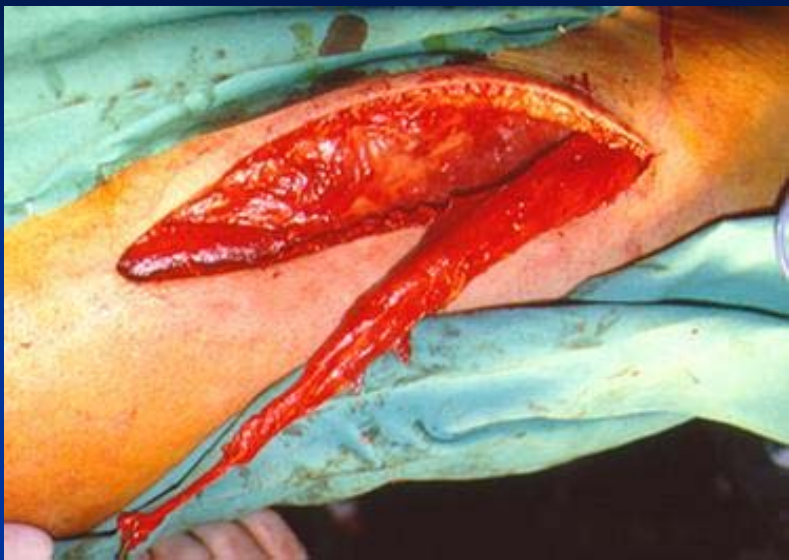
No se requiere colostomía de protección.

Hellinger MD. Anal trauma and foreign bodies. Surg Clin North Am. 2002;82:1253-1260

Destrucción masiva de los esfínteres, suelo pélvico o nervios pudendos



Destrucción masiva de los esfínteres, suelo pélvico o nervios pudendos



Tasa de éxito: 63-85%.
Complicaciones frecuentes
Infección de la herida > 30%

Resolución sin intervención quirúrgica
Tasa de éxito a largo plazo: 66%

Madoff RD. Gastroenterology 1999;116:549-556
Baeten CG. Dis Colon Rectum. 2000;43:743-751

Músculo largo y bien vascularizado
En proximidad

Éxito: 60-90%

Whitehead WE. Dis colon Rectum. 2001;44:131-144
Hellinger MD. Surg Clin North Am. 2002;82:1253-1260



AAP: opción prudente en traumatismos muy severos

Burch JM. Colostomy and drainage for civilian rectal injuries: is that all? Ann Surg. 1989; 209:600-61

Perforación en endoscopia

Identificación durante la exploración

Distensión – Visualización grasa

Identificación tras la exploración

**Dolor abdominal – Distensión
Fiebre – Peritonismo
Enfisema subcutáneo**

**Paciente estable con signos peritoneales localizados
(Sdr. Post-polipectomía)**

Antibióticos + Reposo digestivo + Reposición hidroelectrolítica

Paciente inestable. Peritonitis generalizada

Laparotomía

Bario

Punta de la cánula
Presión hidrostática
Embolia bária
Patología rectal
Biopsia previa

Lesión leve (rara)

Granuloma de bario
Fibrosis retroperitoneal
No precisa tratamiento

Lesión grave

Más de 50% de mortalidad
Desbridamiento agresivo

	Nº Exploraciones	Nº Perforaciones	Mortalidad
Rectoscopia	16.325	3 (0,018%)	1 (33%)
Colonoscopia	1.207	3 (0,24%)	0 (0%)
Enema Bario	42.000	7 (0,016%)	7 (1000%)

Nelson y cols, Dis Colon Rectum 1982

Cuerpos Extraños

RX ABDOMEN FRENTE Y PERFIL

**EXTRACCION ANAL SI ES POSIBLE
DESPIERTO - EPIDURAL
DILATAR ANO**

TÉCNICAS ESPECÍFICAS

Ser imaginativos

Sondas de Foley

Fórceps

RECTOSCOPIA POST-EXTRACCIÓN

SI SE PRECISA LAPAROTOMÍA - EVITAR ABRIR EL COLON



Date tiempo para leer.