

TRAUMATISMOS PERINEALES

Dres FRANCISCO FLOREZ NICOLINI * y DIEGO RODRIGUEZ**

(* Jefe de División Guardia, Hospital de Urgencias de Córdoba

Profesor Adjunto de Cirugía. Universidad Nacional de Córdoba.

**** Jefe de Residentes. Hospital de Urgencias de Córdoba)**

INTRODUCCIÓN:

El periné se define como el conjunto de partes blandas que cierra por debajo la cavidad pelviana y que son atravesadas por el recto por detrás y por la uretra y los órganos genitales por delante (1).

El periné propiamente dicho se encuentra limitado por el pubis hacia delante, las ramas isquio-pubianas y las tuberosidades isquiáticas hacia los lados y el coxis hacia atrás. El límite superior lo determina una superficie formada por los músculos elevador del ano e isquio-coccígeo, cubiertos por la aponeurosis pelviana superior. El límite inferior está dado por la piel.

En trauma, debido a que las lesiones perineales muchas veces comprometen tejidos blandos con infecciones severas que se extienden más allá de la lesión original, usamos generalmente el concepto de “periné expandido”, donde sus límites se amplían hasta el tercio superior del muslo hacia abajo, a la región sacra por detrás y a las fascias y tejidos blandos pelvi-perineales en profundidad.

Los traumatismos perineales incluyen tanto a lesiones aisladas de los órganos que lo atraviesan como al conjunto de sus estructuras, condicionando en algunas circunstancias lesiones de poca importancia, mientras que en otras, la gravedad puede ser tal, que lleven rápidamente a la muerte o a complicaciones severas y muchas veces con secuelas permanentes.

La frecuencia de las lesiones perineales es relativamente baja debido a la protección que cuenta por los muslos hacia los lados, pero la relación con el recto inferior y el ano, condicionan lesiones de alta potencialidad séptica.

Las causas de lesión perineal frente a un traumatismo cerrado pueden producirse por abducción forzada de las extremidades inferiores, traumatismos directos sobre la zona o por caída a horcajada. En algunas circunstancias, un fragmento óseo de una

fractura pélvica, puede también interesar al periné. En traumatismos penetrantes, el periné puede ser lesionado. Las heridas por arma blanca, por arma de fuego o elementos contundentes, en algunas circunstancias pueden condicionar heridas desgarrantes con gran compromiso tisular y pronóstico sombrío.

DIAGNÓSTICO:

El primer paso es poner en marcha todo el protocolo de atención inicial para un politraumatizado grave, que incluya la permeabilidad de la vía aérea, la seguridad en la ventilación pulmonar, el diagnóstico y tratamiento del shock hemorrágico, la evaluación del déficit neurológico, y el mantenimiento de la temperatura corporal, para luego desvestirlo y examinar la lesión perineal.

Es importante conocer la cinemática del trauma, y ante una lesión perineal de consideración debe comenzarse con un tratamiento antibiótico temprano y agresivo.

Debe palparse la pelvis ósea para descubrir posibles fracturas y que estas eventualmente puedan participar de la lesión perineal. En caso de inestabilidad del anillo óseo pelviano, debe al menos inmovilizarse temporariamente con maniobras simples hasta lograr su inmovilización por tiempos prolongados, en general por intermedio de tutores externos.

Debe inspeccionarse cuidadosamente todo el periné, las regiones glúteas, sacrolumbar y la raíz de las extremidades inferiores

En traumatismos cerrados, la presencia de hematomas, equímosis, sangrado uretral, vaginal o rectal deben hacernos pensar en lesiones profundas (fig 1).

La realización de radiografía directa de pelvis es mandataria para descartar o confirmar lesiones óseas. En caso de duda, actualmente la tomografía computada multicorte brinda información precisa, además de permitir evaluar con bastante certeza, lesiones vasculares concomitantes (figs 2 y 3).

Fig 1: Hematoma perineal



Fig 2: Tomografía computada multicorte que muestra una grave lesión ósea de la pelvis.

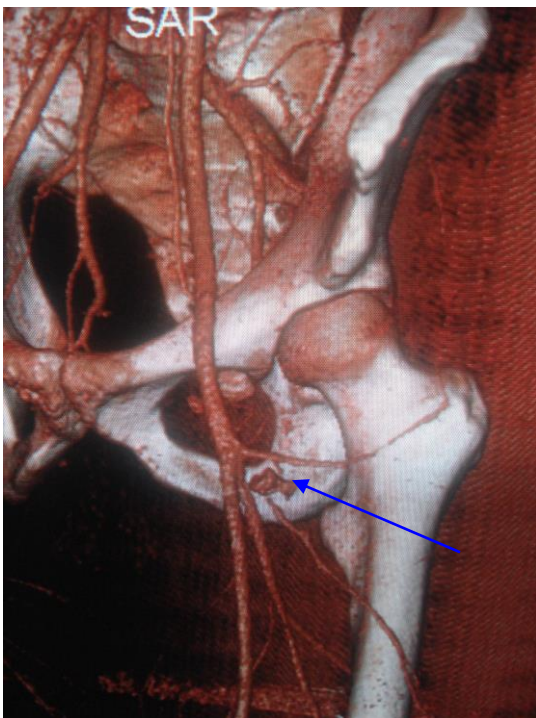


Fig 3: Tomografía computada multicorte, que muestra

lesión de la arteria Femoral profunda con pérdida de sangre

LESIONES DE LA URETRA Y LA VEJIGA:

La presencia de sangre en el meato urinario, un hematoma perineal o la imposibilidad para orinar, debe hacer sospechar fuertemente en lesión uretral y la colocación de un cateter debe evitarse por el riesgo de provocar una falsa vía y la posibilidad de una infección grave posterior.

En lo posible debe examinarse la próstata. Si ésta no se tacta o se detecta su migración hacia arriba, debe fuertemente sospecharse una lesión en la uretra posterior.

Ante la sospecha de lesión uretral, debe realizarse una uretrocistografía retrógrada dentro de la sala de emergencias. La salida de líquido de contraste por fuera de la misma pero con continuidad uretral y relleno de la vejiga, indica una ruptura parcial (fig 4). En otras oportunidades puede visualizarse extravasación del medio de contraste pero sin relleno vesical, indicando una alta posibilidad de ruptura total uretral (fig 5).

Fig 4: Uretrocistografía retrógrada que muestra extravasación del contraste fuera de la uretra, con continuidad de la misma y relleno de la vejiga.

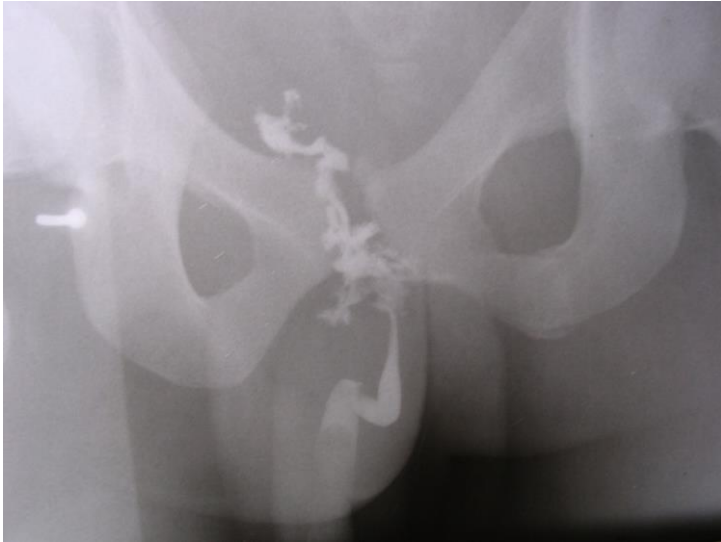


Fig 5: Uretrografía retrógrada que muestra lesión uretral con extravasación del medio de contraste a tejidos perineales sin continuidad de la uretra posterior, ni relleno de la vejiga.

El tratamiento inmediato de una lesión uretral, consiste en la inserción percutánea o a cielo abierto de una sonda en la vejiga por vía suprapúbica (cistostomía). Esta sonda debe permanecer el tiempo necesario que a veces puede llegar a varios meses, hasta que mejoren las condiciones tanto locales de las heridas perineales como las de heridas asociadas; recién en ese momento se intentará la reparación definitiva. Habitualmente con este procedimiento el 70% de las lesiones uretrales cicatrizan sin necesidad de otro gesto. Consideramos que esta es una conducta ideal ya que la cistostomía es un procedimiento quirúrgico de poca complejidad, que se realiza distante de la zona lesionada y por consiguiente no aumenta el riesgo local.

En algunas ocasiones puntuales en traumatismos pequeños y sin lesión asociada importante, puede intentarse una reparación primaria, pero este procedimiento requiere en general de un urólogo avezado.

Las lesiones de la vejiga deben sospecharse ante la presencia de hematuria o imposibilidad para orinar. Si la lesión es de un cierto tamaño y en comunicación con el peritoneo (ruptura intraperitoneal), la orina se volcará totalmente a la cavidad peritoneal.

La uretrocistografía es esencial para el diagnóstico. Deben inyectarse unos 500 cc de líquido de contraste a través de la uretra para poder distender completamente la

vejiga y poderla estudiar perfectamente. Es importante esperar unos minutos y obtener otra imagen, ya que a veces recién después de un tiempo logran visualizarse pequeñas pérdidas de contraste que inicialmente no se ven (figs 6 y 7). También es importante obtener una radiografía con vejiga evacuada lográndose en algunas oportunidades descubrir una lesión, oculta en tomas anteriores. La clásica combinación de fractura pélvica con hematuria importante implica la realización urgente de una cistografía (6).

Fig 6: Cistografía aparentemente normal en un paciente con fractura de pelvis.

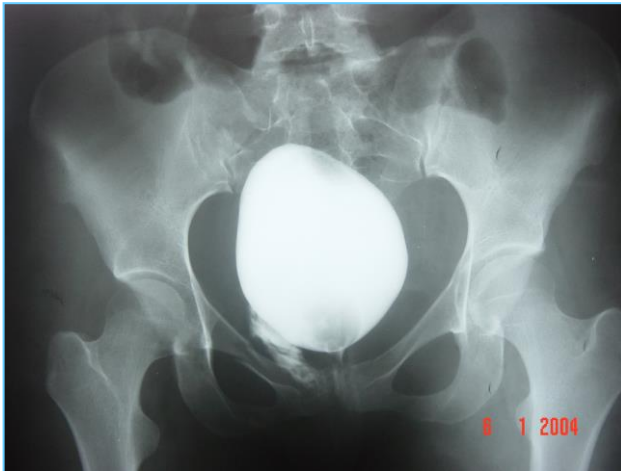


Fig 7: El mismo paciente anterior, donde luego de unos minutos de espera, logra visualizarse la lesión vesical sobre el lado derecho.

El tratamiento de las heridas vesicales es quirúrgico y la técnica de mayor uso es la rafia vesical, previa resección de los tejidos desvitalizados o de sus bordes (fig 8). Debe a su vez drenarse la vejiga a través de una cistostomía suprapúbica en caso de lesión ureteral concomitante, o mediante sonda vesical transuretral, si la uretra se encuentra indemne (8).



Fig 8: Lesión intraperitoneal de la vejiga. A continuación cistografía.

Algunas lesiones de la vejiga pueden manifestarse tardíamente. Ante la presencia de fecaluria o neumaturia, debe sospecharse la posibilidad de una fístula recto-vesical que obliga a realizar todos los estudios necesarios para confirmarla (2,4).

LESIONES DEL RECTO Y DEL ANO:

Las lesiones anorrectales agravan fuertemente el pronóstico dentro del contexto de un traumatismo perineal, debido a que contribuyen en forma importante a la aparición de complicaciones sépticas.

La posibilidad de encontrarse frente a una lesión recto-anal debe pensarse cuando se conoce la cinemática del traumatismo. Ante un alto índice de sospecha de la presencia de una lesión rectal, o frente a la pérdida de sangre a través del ano, el tacto rectal y la rectosigomoidoscopia son de realización imprescindibles y ambos tienen una seguridad diagnóstica de aproximadamente el 95% (fig 9).

El tacto rectal es también de vital importancia para la evaluación del grado de compromiso de las lesiones del esfínter anal.

La Tomografía Computada puede mostrar aire en tejidos blandos del piso pelviano, sugestivo de lesión rectal (fig 10)

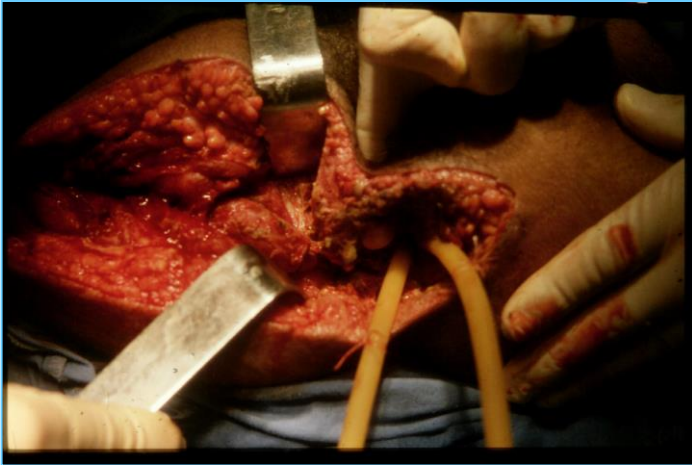


Fig 9: Tacto rectal, que muestra la salida del extremo del dedo índice a través de una lesión de recto, en una herida perineal grave.



Fig 10: Tomografía Computada de pelvis que muestra aire alrededor del recto por lesión del mismo.

El tratamiento de las heridas del recto extraperitoneal debe incluir 2 gestos obligatorios y 2 gestos muy aconsejables. Los gestos obligatorios son la colostomía con el objeto de evitar el tránsito fecal en la zona de la herida y el drenaje del espacio

perirrectal (drenaje presacro). Los gestos muy aconsejables son la sutura de la lesión rectal cuando es posible y el lavado profuso rectal. Muchas veces el cierre de la herida rectal es dificultosa y en algunos casos imposible (7). Las heridas rectales que no pudieron ser suturadas tienden a su cierre espontáneo cuando se realizó una colostomía (3). Creemos que de ser posible, deben practicarse los 4 gestos con el objeto de obtener mejores resultados.

Las lesiones destructivas del recto pueden manejarse mejor con la operación de Hartmann.

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DEL RECTO

- Colostomia
- Drenajes perirrectales
- Sutura de la lesion
- Lavado del recto

La lesión del recto intraperitoneal (recto superior) puede manejarse según normas similares al resto de las lesiones colónicas. Puede intentarse sutura primaria en lesiones únicas, de poca magnitud y con lesiones asociadas no tan importantes, pero en caso de duda debe asociarse una colostomía.

En lesiones bajas del recto, puede en algunos casos intentarse la sutura de las mismas a través del ano (fig 11). De cualquier manera debe ir acompañada por los otros gestos de seguridad como la colostomía, el drenaje presacro y el lavado rectal.



Fig 11: Lesión rectal baja vista a través del ano. Sutura de la misma por vía transanal.

Las lesiones del esfínter anal presentan un gran desafío para el cirujano de urgencia. En las que se acompañan de tejidos necróticos o de dudosa viabilidad o si las mismas son extensas, la conducta aconsejada es la remoción de los tejidos necróticos, realizar colostomía y lavado rectal, difiriendo la reparación esfinteriana hasta que los tejidos desvitalizados y la infección hayan desaparecido.

En lesiones pequeñas con buena vitalidad tisular y sin lesiones asociadas importantes puede intentarse la reparación primaria (fig 12), con lo que se reduce el tejido cicatrizal residual que dificulta la función esfinteriana.



Fig 12: A la izquierda lesión de poca magnitud que compromete el esfínter anal. A la derecha su reparación primaria.

Lesiones del esfínter del Ano (resumen)

**Realizar colostomía y
lavado rectal distal**

**En presencia de tejidos necróticos o de dudosa viabilidad, la
reparación esfinteriana debe diferirse**

**En lesiones pequeñas con buena vitalidad tisular,
puede intentarse la reparación primaria del
esfínter**

TRAUMATISMOS DE LOS TESTÍCULOS:

Las contusiones que interesan el escroto, se tratan en forma simple con reposo, colocación de paños fríos y antiinflamatorios. Las lesiones de mayor importancia deben ser evaluadas con ecografía con el objeto de evaluar una posible lesión testicular.

La ruptura testicular debe ser reparada. El abordaje es habitualmente por vía escrotal. En algunas ocasiones el testículo está expuesto debido a destrucción del escroto (fig 13). Deben researse los tejidos desvitalizados y la reparación puede realizarse perfectamente aproximando los bordes de la túnica albugínea. Otras veces es necesaria la orquiectomía, cuando no existe ninguna posibilidad de su conservación parcial o total.



Fig 13: Traumatismo perineal. Rotura del escroto con exposición del testículo derecho.

TRAUMATISMOS DE LA VAGINA:

Para el diagnóstico de este tipo de lesiones es muy importante conocer a la perfección el mecanismo traumático. En el examen físico podemos encontrar equimosis, hematomas, sangrado o hematuria. La exploración vaginal con espéculo es mandataria y debe acompañarse además de un examen proctológico complementario.

Los hematomas pueden tratarse en forma conservadora, salvo que por su ubicación y tamaño puedan causar obstrucción urinaria. Las laceraciones vaginales pueden suturarse con material reabsorbible.

TRAUMATISMOS DE PIEL Y TEGUMENTOS DEL PERINÉ:

Ante lesiones graves que involucren la piel y el tejido celular subcutáneo con zonas desgarradas y tejidos necróticos, pero que no se encuentren comprometidos ni el recto, ni el ano, debe realizarse una limpieza prolija de todas estas heridas resecaando todos los tejidos desvitalizados. Estas lesiones pueden incluir la región perianal, los espacios isquiorrectales, comprometer los músculos del periné, los muslos, la región dorsal y hasta la pared abdominal (5). Las curaciones deben realizarse cada 24 a 48 hs según la gravedad, volviendo a resecaar todos los tejidos necróticos con los mismos gestos que se aplicaron en la primera intervención; las heridas deben dejarse abiertas y protegidas.

A pesar de no estar lesionado el recto ni el esfínter anal, las lesiones importantes, sobre todo con extenso compromiso de piel y lesión muscular de consideración, requieren colostomía de descarga con el objeto de disminuir la sepsis, ya que estas lesiones estan gravadas con una alta tasa de mortalidad.

En lesiones localizadas y de menos consideración, la realización de una colostomía puede evitarse (fig 14).



Fig 14: Lesión perineal no tan importante. Se trató con resección de tejidos desvitalizados, sin colostomía y curaciones en quirófano cada 24 hs. A la izquierda control evolutivo a los 15 días.

Las lesiones perineales con compromiso del esfínter del ano o del recto extraperitoneal son de alto riesgo. En estos casos la colostomía y el lavado del recto son de indicación mandataria. En lesiones extensas, los controles evolutivos, con las curaciones profundas y resecciones tisulares a demanda, deben hacerse prolijamente

hasta lograr el control de la infección y toda la superficie expuesta logre un buen tejido de granulación (fig 15). Recién en ese tiempo podrá comenzarse con los injertos.

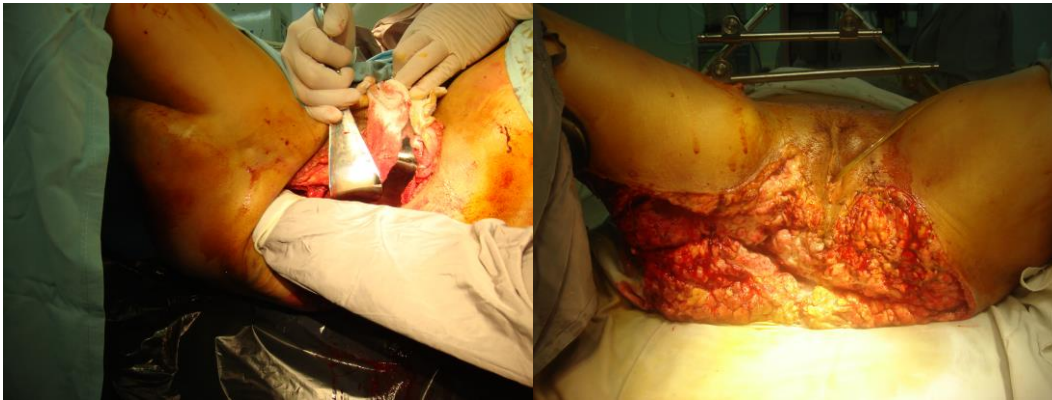


Fig 15: A la izquierda, lesión perineal grave con compromiso del esfínter del ano. A la derecha, resección amplia de tejidos comprometidos. Fijación de la pelvis ósea con tutor externo por lesión ósea pélvica asociada. Se realizó colostomía.

LESIONES VASCULARES:

Un traumatismo perineal de importancia, puede asociarse a una herida vascular. Esto agrava en forma importante la situación y requiere en algunos casos proveer circulación distal lo mas pronto posible por lo que la herida vascular debe ser reparada.

Ante situaciones de heridas perineales con lesiones graves o múltiples, la cirugía de control de daño es una indicación a evaluar. En estos casos la realización de puentes temporarios es una alternativa importante para asegurar flujo y considerar la reparación definitiva cuando el paciente se encuentre en mejores condiciones hemodinámicas (fig 16).



Fig 16: Herida por arma de fuego de carga múltiple en región perineal. A la derecha, lesión de arteria y vena femorales. Colocación de puentes temporarios en ambas lesiones.

BIBLIOGRAFIA:

- 1).- Dezanzo V y Garcia W. Traumatismos Anorrectoperineales. En: Perera y García. Cirugía de Urgencia. 2ª ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana. 2005; pp. 303-12.
- 2).- El-Ashaal Y, Saadeldin Y and Abu-Zidan F: Rectovesical tract caused by trans-anal metallic rod impalement. J Trauma. 68: 1265-66; 2010.
- 3).- Gonzaesz R, Phelan H, Hassan M y cols: Is fecal diversion necessary for nondestructive penetrating extraperitoneal rectal injuries? J Trauma. 61:815-19; 2006.
- 4).- Kalorin C, Rosati C and Markarian M: Rectovesica fistula in association with vesicocutaneous fistula after blunt pelvic trauma. J Trauma. 65: 34-35; 2008.
- 5).- Kataolka, Y, Minehara H, Shimada K y cols: Sepsis caused by Peripelvic soft tissue Infections in critically injured patients with multiple injuries and unstable Pelvic fracture. J Trauma. 66: 1548-55; 2009.
- 6).- Morey A, Iverson A, Swan A y cols: Bladder rupture after blunt trauma: Guidelines for diagnostic imaging. J Trauma. 51: 683-86; 2001.

7).- Navsaria P, Graham R and Nicol A: A new approach to extraperitoneal rectal injuries: Laparoscopy and diverting loop sigmoid colostomy. J Trauma. 51: 532-35; 2001.

8).- Parry N, Rozycki G, Feliciano D y cols: Traumatic rupture of the urinary bladder: Is the suprapubic tube necessary? J Trauma. 54: 431-36; 2003.

PREGUNTAS:

La uretrocistografía está indicada:

- a) En todo traumatismo abdominal.
- b) Cuando se visualice un hematoma perineal. (X)**
- c) Ante cualquier herida hipogástrica.

Ante un traumatismo perineal con pérdida de sangre a través del ano, usted realizaría? :

- a) tacto rectal y rectosigmoidoscopia. (X)**
- b) Colon por enema.
- c) Esperaría evolución.

Frente a un traumatismo perineal, con compromiso importante de partes blandas y áreas necróticas, pero sin lesión rectal ni urinaria, que conducta seguiría?:

- a) Resección de zonas necróticas y reconstrucción de tejidos vitales.
- b) Colostomía sigmoidea y resección de tejidos desvitalizados. (X)**
- c) Solamente resección de tejidos desvitalizados.

Preguntas a desarrollar:

- a) Frente a un traumatismo perineal con hematuria, ¿Qué gestos diagnósticos debe usted realizar?
- b) ¿Cuándo indicaría una colostomía, frente a una herida rectal extraperitoneal?
- c) ¿Qué conducta terapéutica adoptaría Ud. frente a una lesión pequeña única del esfínter anal?