

Trauma perineal severo: presentación de un caso

César Labastida, José Tapia-González, Paul Bogucki, José Luis Guzmán,
Anny Sánchez

Servicio de Cirugía General. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, IAHULA. Mérida. Venezuela

Recibido Agosto 20, 2009. Aceptado Agosto 29, 2009

SEVERE PERINEAL TRAUMA: A CASE REPORT.

Resumen

En este reporte se presenta un caso de una paciente de 41 años, que ingreso al Servicio de Cirugía General del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela, con un traumatismo perineal severo posterior al impacto de un vehículo en marcha y quedar atrapada entre un escritorio y una pared. Ingresó con shock hipovolémico y sangrado activo a través de un desgarró perineal profundo, que comprometía los músculos del piso pélvico y produjo la desinserción de la vagina y el ano-recto, conservándose la indemnidad de sus paredes; en forma asociada hubo fractura de pelvis tipo A. Se realizó control de daños, se dejaron pinzas hemostáticas y *packing* perineal, además de una colostomía en asa del transverso. No hubo daño a órganos abdominales. En dos cirugías posteriores se realizó la reconstrucción perineal, obteniéndose resultados satisfactorios. En conclusión, el trauma es una entidad que se presenta con una frecuencia creciente en nuestro medio, con consecuencias sociales y personales importantes; cuando afecta la región perineal se transforma en un problema de difícil manejo por el compromiso de las diferentes estructuras anatómicas de la zona.

PALABRAS CLAVE: Trauma perineal severo, desinserción de vagina, desinserción de ano

Abstract

A clinical case of a 41-year-old female patient admitted at the Department of Surgery of the Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, in Mérida, Venezuela, is described. The patient suffered a severe perineal trauma after the impact of a vehicle in motion, where she became trapped between a desk and a wall. She arrived at the Hospital with hypovolemic shock and active bleeding through a deep perineal tear, involving the muscles of the pelvic floor that resulted in the desinsertion of the vagina, and anus. There was also a type A pelvis fracture. The patient was managed carrying out damage control, with hemostatic forceps, and perineal packing, plus one of the transverse loop colostomy. No damage to abdominal organs was observed. Two subsequent surgeries were performed to do perineal reconstruction, obtaining satisfactory results. In conclusion, trauma is an entity that shows an increasing frequency in our country, with social and personal impacts, particularly when it affects the perineal region. The latter becomes a difficult problem to manage, particularly when different anatomical structures in the area are involved.

KEY WORDS: Severe perineal trauma, perineal tear, vagina desinsertion, anus desinsertion

Introducción

Las lesiones perineales se pueden encontrar en pacientes con traumatismos aparentemente leves, así como en politraumatizados, con grave afectación de órganos adyacentes, como uretra, vejiga, órganos genitales, recto, vasos y nervios, como consecuencia de mecanismos violentos. Los casos severos son poco frecuentes, y van acompañados de complicaciones producidas por

fracturas pélvicas asociadas, de las cuales, la más grave y potencialmente mortal es la hemorragia.

Actualmente las causas que con mayor frecuencia provocan este tipo de lesiones son los accidentes de tránsito, y dentro de estos, más usual en peatones atropellados que en ocupante de vehículos, seguidos de las precipitaciones y los aplastamientos.

El cuerpo perineal femenino es una masa de componentes musculares, faciales, y fibrosos que

yacen entre la vagina y el recto. También representa un medio de fijación integral para los componentes de los mecanismos de la continencia urinaria y fecal. La mayoría de las lesiones que ocurren son secundarias a trauma obstétrico (1).

La embriología y anatomía de la región ano-perineal explica lo complejo de la patología y su difícil tratamiento. Las secuelas quirúrgicas y postraumáticas a menudo requieren cirugía plástica para su reparación. De ser necesario, la incontinencia anal y las lesiones del tracto urinario bajo deben ser tratadas quirúrgicamente (2).

Una laceración perineal profunda indica una lesión mayor, especialmente cuando se asocia a fracturas pélvicas. A causa de la magnitud de la hemorragia, el manejo del shock es el paso fundamental en el manejo inicial (3, 4). El uso de protocolos para el manejo de esta situación ha demostrado una disminución en la tasa de mortalidad, de 70% a 31,5% (5).

Caso clínico

Paciente femenina de 41 años, que sufrió múltiples traumatismos cuando quedó atrapada entre un escritorio, donde se encontraba sentada y una pared al sufrir el impacto producido por un vehículo en marcha, produciéndole trauma directo en la pelvis y el periné. Ingresó en malas condiciones generales, consciente, somnolienta, con palidez cutánea acentuada, sudorosa, TA, 80/40 mm Hg; pulso, 114 ppm; FR, 25 rpm. Abdomen con estigmas de trauma, doloroso a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Se observó un hematoma vulvar con equimosis periférica, con un desgarro perineal amplio con sangrado activo. Pelvis estable a la compresión. Extremidades inferiores con limitación funcional.

Se colocaron apósitos compresivos y se procedió a una reanimación agresiva con líquidos. El examen hematológico reveló una anemia aguda, con 8.2 g de hemoglobina. La radiografía de pelvis mostró una fractura de la rama ilio isquiática izquierda y luxación sacro coccígea izquierda. Con diagnóstico de traumatismo perineal severo, fractura de pelvis tipo A, y shock hipovolémico, fue trasladada a quirófano.

Intervención quirúrgica

En la exploración quirúrgica se evidenció un desgarro perineal que comprometía todos los músculos del piso pélvico, hasta la fosa isquiorrectal y la tuberosidad isquiática, con sangrado activo. Además se observó desconfiguración de la anatomía vaginal y anorrectal, sin ruptura de la reflexión peritoneal (Fig. 1).



Figura 1. Desgarro perineal profundo. Obsérvese las pinzas hemostáticas.

Se realizó cirugía de control de daños, colocándose pinzas hemostáticas en los vasos principales sangrantes y se hizo empaquetamiento perineal con compresas en una cavidad de aproximadamente 10 cm, afrontamiento de piel y tejido subcutáneo con pinzas de Backhaus, y colostomía en asa para derivar el contenido intestinal (Fig. 2). El sangrado intraoperatorio fue de 3,500 ml. En el postoperatorio, la paciente fue tratada en la unidad de cuidados intensivos, donde recibió hemoderivados y se corrigieron las alteraciones del medio interno.

A las 48 horas, una vez restablecidos los parámetros fisiológicos, la paciente se sometió a una reintervención, en la que se encontró que el introito y la vagina estaban separados del tejido circundante, desinsertado aproximadamente 8 cm, con bordes cruentos que corresponden a los labios mayores, con sangrado activo. El ano y recto igualmente desinsertados, con superficie cruenta,

de paredes indemnes. La vagina y el recto permanecían unidos (Fig. 3). La intervención consistió en retirar las compresas, hacer hemostasia selectiva, marsupialización de los bordes de la vagina, y nuevo empaquetamiento (Fig. 4).



Foto 2. Bordes de la lesión afrontados, *packing* con compresas y colostomía en asa.

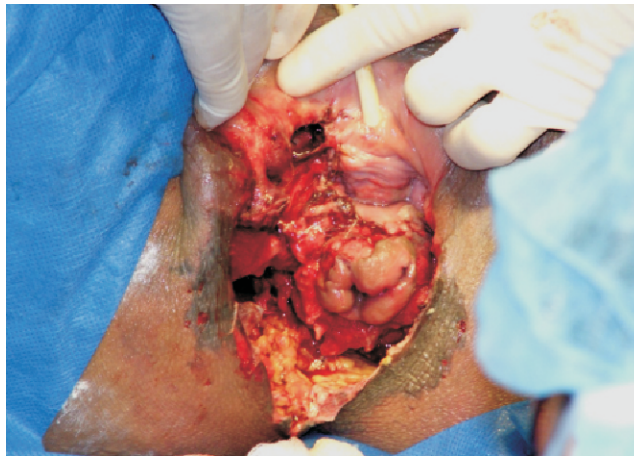


Foto 3. Lesion perineal profunda. El ano y la vagina se observan desinsertados.

Se programó una segunda intervención en la que se retiraron las compresas y se hizo una reconstrucción parcial del periné. La paciente recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro, con curas y lavado de la herida dos veces al día. Egresó a los doce días, con control periódico por consulta externa, observándose a las doce semanas afrontamiento de los bordes de la herida, con tejido de granulación (Fig. 5). Posteriormente, se programó la valoración del estado del piso pélvico, para evaluar las secuelas y planificar la

reconstrucción definitiva y la restitución del tránsito intestinal.

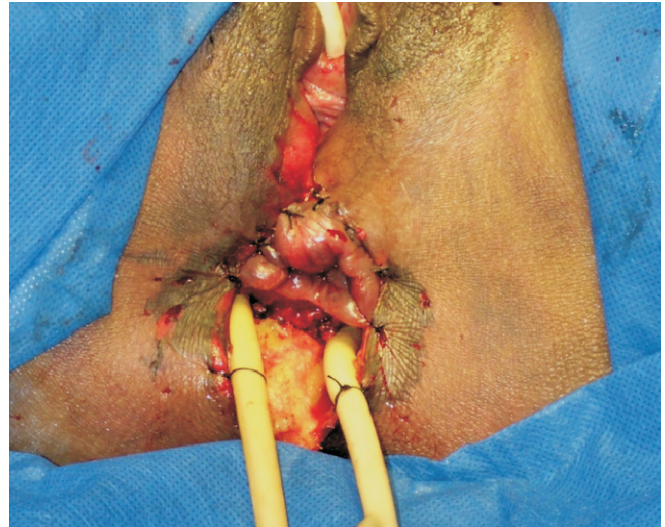


Figura 4. Segunda intervención. Afrontamiento de los bordes, colocación de compresas y drenajes.



Discusión

Es necesario poner en marcha medidas de asistencia precoz y protocolizada desde el mismo lugar del accidente, que contribuyan a disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes. La muerte precoz es causada principalmente por la hemorragia, y en forma tardía, la mortalidad es secundaria a las complicaciones sépticas.

Como en la mayoría de las series publicadas, se concluye que para optimizar la evolución clínica de las lesiones perineales complejas, es indispensable el tratamiento agresivo inicial para conseguir la hemostasia y tratar el shock, con el desbridamiento radical de los tejidos

desvitalizados, seguidos del desbridamiento periódico con irrigación intermitente, colostomía y desimpactación del segmento desfuncionalizado, en conjunto con sigmoidoscopia y soporte nutricional (5, 6).

Correspondencia: Dr. César Labastida, e-mail: labastidacesar@hotmail.com

Referencias

1. Woodman, P.J., Graney, D.O. 2002. Anatomy and physiology of the female perineal body with relevance to obstetrical injury and repair. Clin. Anat. 15:321-334.
2. Dufourmentel, C., Petoit, D.S. 1984. Reconstructive surgery of the anoperineal region. Ann. Gastroenterol. Hepatol. (Paris). 20:249-257.
3. Maull, K.I., Sachatello, C.R., Ernst, C.B. 1977. The deep perineal laceration-an injury frequently associated with open pelvic fractures: a need for aggressive surgical management. A report of 12 cases and review of the literature. J. Trauma. 17:685-696.
4. David, A., Mollenhoff, G., Josten, C., Muhr, G. 1996. Perineal injuries in complicated pelvic trauma. Swiss Surg. 1:4-9.
5. Kudsk, K.A., Hanna, M.K. 2003. Management of complex perineal injuries. World J. Surg. 27:895-900.
6. Kudsk, K.A., McQueen, M.A., Voeller, G.R., et al. 1990. Management of complex perineal soft-tissue injuries. J. Trauma. 30:1155-1160.