

212

MED.
Tesis
P 2271
2003

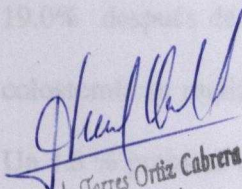
**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
ESCUELA DE POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA
FACULTAD DE MEDICINA
CIRUGIA GENERAL.**

**LESIONES TRAUMATICAS DE ANO Y RECTO
HOSPITAL CLINICO FRANCISCO VIEDMA**

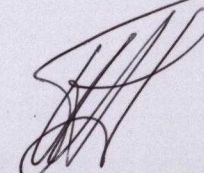
Periodo Enero de 1998 a Octubre del 2002,

**TESIS PRESENTADA PARA LA OBTENCION DE
TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL**

**AUTOR: Dr. Mauro, E. Paredes CH. R-III
TUTOR: Dr. Gonzalo Torres Ortiz.**


D. Gonzalo Torres Ortiz Cabrera
CIRUJANO GENERAL
M.P.T. - 343
HOSPITAL CLINICO VIEDMA
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA

**Cochabamba- Bolivia.
2003**


Dr. Walter Antezana Carrion
CIRUJANO GENERAL
M.P.A. - 279
HOSPITAL CLINICO VIEDMA
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA

#28

RESUMEN

El presente estudio es realizado en el Hospital Clínico Viedma, tratándose de un centro que atiende a una gran mayoría de la población de clase media, se desea conocer esta entidad.

En el período comprendido de Enero de 1998 hasta Octubre del 2002 se registraron 21 pacientes con lesión traumática de Recto-ano 100%, de los cuales el 76.1% corresponden al sexo masculino, y el 23.9% al sexo femenino. El grupo atareo más afectado se encuentra entre las edades de 30-39 años, que hacen el 47.6%, 20-29 años 19.0%, 40-49 años 14.2%.

Se registran como mecanismo de lesión más frecuente a la caída de altura 28.5%, seguida de lesión por cuerpo extraño 23.8%, y accidente de tránsito 23.8% respectivamente. El tipo de lesión mas frecuente, 76.1% fue la extraperitoneal. El 66.6% no presenta lesión de esfínteres aparentemente. El 76.2% no presenta lesión asociada, y en un 14.2 % se asocio con politraumatismo. En un 90.4% la conducta fue quirúrgica, realizándose esta en un 52.3% antes de las doce horas después del trauma. El tipo de cirugía realizada en un 47.6% fue la colostomía de Wangesteen y Colostomía terminal en 38.1% Un 76.4% no presenta complicaciones. La restitución del tránsito se realizó en un 42.8% antes de los 6 meses, y en 19.0% después de esta fecha. En un 23.8% de los pacientes falta su restitución. El cierre de colostomía se realizó en 28.5% en forma extraperitoneal, la colocoloanastómosis en 23.8%. Un 4.8 % presenta defunción.

INDICE

	Pag
I. INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION DE ESTUDIO.....	1
IDENTIFICACION Y FORMULACION DE PROBLEMA.....	1
II. OBJETIVOS	2
1.- Objetivo general.....	2
2.- Objetivos específicos.....	2
III. MARCO TEORICO	2
1.- Definición.....	2
2.- Clasificación del traumatismo anorectal.....	3
3.- Etiología de las lesiones anorectales.....	4
a).- Traumatismo por cuerpo extraño.....	4
b).- Traumatismos por empalamiento.....	4
c).- Traumatismos por arma de fuego.....	5
d).- Traumatismos neumáticos.....	5
e).- Traumatismos por accidentes tráfico, industriales.....	5
f).- Traumatismos por arma blanca.....	6
g).- Traumatismos Iatrogénicos.....	6
TRAUMATISMOS EXTERNOS.....	6
CLASIFICACION DE LAS LESIONES.....	6
1.- Lesión lineal.....	6
2.- Laceración extraperitoneal.....	6
3.- Rotura intraperitoneal.....	6
4.- Estallido perineal.....	6
4.-SINTOMAS Y DIAGNOSTICO.....	7
EXPLORACION FÍSICA.....	8
RADIOGRAFIA DIRECTA.....	8
RECTOSCOPIA.....	8
COLONOSCOPIA.....	8
PUNCION Y LAVADO PERITONEAL.....	9
5.- TRATAMIENTO.....	9
MEDIDAS GENERALES.....	9
MEDIDAS ESPECIFICAS.....	10
LESIONES INTRAPERITONEALES.....	10
LESIONES EXTRAPERITONEALES.....	11
REPARACION DEL MECANISMO ESFINTERIANO.....	11

CUIDADOS POSOPERATORIOS.....	11
IV.- HIPOTESIS.....	12
V.- METODOLOGIA.....	12
1.- Tipo de estudio.....	12
2.- Espacio.....	12
3.- Muestra.....	12
4.- Criterios de inclusión.....	13
5.- Criterios de exclusión.....	13
6.- Variables dependientes.....	13
7.- Variables independientes.....	13
VI. RESULTADOS.....	14
VII.- CONCLUSIONES.....	16
ANEXOS.....	19
1.- Lesión traumática de recto ano según sexo.....	20
2.- Lesión traumática de recto ano, grupo erario más afectado.....	21
3.- Lesión traumática de recto ano, mecanismo de lesión.....	22
4.- Lesión Traumática de recto ano, según tipo de lesión.....	23
5.- Lesión traumática de recto ano, lesión de esfínteres.....	24
6.- Lesión Traumática de recto ano. lesión asociada.....	25
7.- Lesión traumática de recto ano, Tx conservador vs Qx.....	26
8.- Lesión traumática de recto ano, tipo de lesión.....	27
9.- Lesión traumática de recto ano, tipo de cirugía realizada.....	28
10.- Lesión traumática de recto ano, complicaciones.....	29
11.- Lesión traumática recto ano, tiempo de restitución.....	30
12.- Lesión traumática recto ano, cierre de colostomia.....	31
13.- Lesión traumática recto ano, defunciones.....	32

Se desea conocer la etiología, clasificación de lesiones, conductas tomadas en pacientes con lesión traumática de recto ano, atendidos en el servicio de emergencias del hospital Viedma.

IDENTIFICACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

Los traumatismos ano rectales son considerados desde en punto de vista epidemiológico como una patología infrecuente en los servicios de emergencia, pero en nuestro servicio se presentan con relativa frecuencia. Desearios conocer cuales son las causas, terapéutica realizada, pronóstico y emergencias posteriores.

II. OBJETIVOS.

I. INTRODUCCION

A pesar de que anatómicamente el ano recto esta situado en una zona de relativa protección el trauma a este nivel presenta una importante morbimortalidad por que se puede comprometer gravemente a otras estructuras y funciones de las vías urinarias bajas, órganos genitales y el armazón músculo esquelético.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

El cirujano de colón, recto y ano, el urólogo, el ortopedista traumatólogo y el ginecólogo juegan un papel preponderante en el manejo de esta patología especialmente en lo que atañe al manejo quirúrgico de los elementos anatómicos que preservan la función anorectal.

JUSTIFICACION DE ESTUDIO.

Se desea conocer la etiología, clasificación de lesiones, conductas tomadas en pacientes con lesión traumática de recto ano, atendidos en el servicio de emergencias del hospital Viedma.

IDENTIFICACION Y FORMULACION DEL PROBLEMA.

Los traumatismos ano rectales son considerados desde en punto de vista epidemiológico como una patología infrecuente en los servicios de emergencia, pero en nuestro servicio se presentan con relativa frecuencia. Deseamos conocer cuales son las causas, terapéutica realizada, pronóstico y consecuencias posteriores.

II. OBJETIVOS.

1.OBJETIVO GENERAL.

- Identificar etiología, clasificación de lesión y conducta quirúrgica adoptada en pacientes con lesión traumática de recto ano.

2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar sexo, grupo atareo más afectado.
- Identificar el mecanismo de lesión mas frecuente, en pacientes con lesión traumática de recto-ano.
- Determinar tipo de lesión, cirugía realizada y lesiones asociadas.
- Identificar tipo de restitución, complicaciones y morbimortalidad.

III. MARCO TEORICO.

LESIONES TRAUMATICAS DE RECTO-ANO.

1. DEFINICION.

Desde El recto-ano por su ubicación anatómica, se encuentra protegido frente a los traumatismos por estructuras osteotendinosas y musculares que conforman el anillo pélvico. Sin embargo puede ser lesionado por diversos mecanismos (2) Su disposición anatómica dificulta enormemente su examen proctológico, control postoperatorio, principalmente en pacientes politraumatizados con fractura de pelvis miembros inferiores que por las características de las lesiones es casi imposible movilizar pudiendo pasar inadvertidas efracciones de recto (2)

2. CLASIFICACION DE TRAUMATISMO ANO-RECTAL

Desde el punto de vista anatómico se clasifica en:

- **Traumatismos Profundos.-** Estos además subclasifican en:
 - a) intraperitoneal y retroperitoneal
 - b) subperitoneales.
- **Traumatismos Superficiales.-** estos se subclasifican en:
 - a. Anales.
 - b. Perineales.(2)

Desde el punto de vista de la severidad de injuria rectal en:

- Ingestión
 - Migración
 - Introducción a través del ano. (En traumatismos de abstracciones ano rectales, como acto criminal y por penetración sexual y masturbatorio).
 - Estos pueden causar lesiones ano rectales y causar dificultades para su extracción. (1) (2) (6)
- Grado I.- Contusión o hematoma sin desvascularización o parcial y mínima laceración del espesor.
- Grado II.- Laceración menor del 50% de circunferencia.
- Grado III.- Laceración mayor al 50% e circunferencia.
- Grado IV.- Laceración total del espesor con extensión perineal.
- Grado V.- Segmento desvascularizado.(7)

Desde el punto de vista relacionado con el agente vulnerable.

- Empalamiento. El grado de lesión depende de varios factores, peso del agente, caída, dirección y fuerza del objeto penetrante. El agente puede ser un objeto sólido, líquido o gaseoso. Las heridas que se producen son de tipo contuso y lacerado. Las heridas que se producen son de tipo contuso y lacerado.
- Cuerpos extraños.
- Yatrogenia.
- Rotura neumática.
- Aplastamiento.
- Accidente de tránsito..
- Succión

- Caída de altura.
- Violación.
- Puntapiés.
- Arma blanca y arma de fuego.
- Puño fornicación.(2)(1)

3. LESIONES ANORECTALES CAUSADAS POR:

a) Traumatismos por cuerpo extraño

Estos pueden llegar al recto por.

- Ingestión.
- Migración.
- Introducción a través del ano. (En tratamiento de afecciones ano rectales, como acto criminal y por perversión sexual y autoerotismo).
Estos pueden causar lesiones ano rectales y con frecuencia dificultades para su extracción.(1) (2) (6).

b) Traumatismos por empalamiento

Se produce como consecuencia de una caída a horcajadas sobre un elemento penetrante. El grado de lesión depende de varios factores, peso del individuo, altura de la caída, diámetro y longitud del objeto penetrante El tratamiento depende de la localización y altura de lesión. Las heridas que alcanzan la cavidad abdominal deben resolverse por laparotomía, reparación de vísceras comprometidas, colostomía derivativa, aseo y drenaje de herida perineal esta no debe cerrarse totalmente para evitar la infección, punto de

partida de una probable sépsis. En ocasiones se permitirá una actitud expectante con aplicación de antibióticos (2)(1)

c) Heridas por arma de fuego

Los efectos de las armas de fuego dependen de las características del proyectil (alta o baja velocidad, camisa del mismo, completa o incompleta, perdigones), de la misma manera hay diferencias entre las heridas de guerra y las civiles, en general las heridas son bastante limitadas y las lesiones menores a diferencia de las de guerra, causan estas mayores lesiones. En lesiones de baja velocidad el tratamiento estará dirigido a regularizar los bordes de herida traumática, sutura, drenaje y colostomía si procede. En grandes traumatismos ano rectales producidos por bala de guerra se puede llegar hasta la amputación perineal del recto.(6)(2).

d) Traumatismos neumáticos

Estas heridas pueden ser producidas por bromas nefastas en las que una fuerte corriente de aire comprimido se aplica con una cánula en el ano de la víctima (1).El aumento repentino de la presión intraluminal produce perforaciones intra y extraperitoneales, se manifiesta con dolor abdominal agudo y neumoperitoneo inmediato (6) La ruptura generalmente se ubica en la pared anterior de la porción intraperitoneal del rectosigmoides.(1)

e) Traumatismos por accidentes de tráfico, industriales o accidentales

El recto rara vez se lesiona con accidentes de automóvil, pero ello es posible cuando se lesiona la pélvis. También se señala el empalamiento por una verja, asta de toro, manillar de moto y bicicleta (6)

f) Traumatismos por arma blanca

Estos suelen producir heridas limpias bien limitadas, son raras las lesiones de recto por este mecanismo, pero se presentan (6).

g) Traumatismos yatrogénicos

Las causas pueden ser diversos, la simple inserción de un termómetro rectal, administración de enemas de limpieza, enema opaco, pinzas de biopsia, dilatadores, rectosigmoidoscopios, electrofulguradores, raspado criminal, intervenciones quirúrgicas en la pelvis(2)(6).

TRAUMATISMOS EXTERNOS.

En la vida civil el mecanismo de producción de estos grandes traumatismos ano rectales esta representado por la fuerza aplicada externamente sobre el periné, pelvis ó hipogastrio produciendo un verdadero estallido perineal, con lesiones del ano, aparato muscular, órganos anexos y/o compromiso óseo. Se describe como agentes causales los aplastamientos, caídas de altura, accidentes de tránsito y las explosiones (2)

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES.

1. **Lesión lineal.-** Del canal anal hasta el recto medio y/o vulva y pared vaginal hasta el fondo de saco.
2. **Laceración extraperitoneal.-** Ruptura del septum rectovesical y sección de uretra y ruptura de pared de vagina y recto.
3. **Rotura intraperitoneal.-** de recto, útero, vagina, vejiga.
4. **Estallido perineal.-** Arrancamiento del periné, y/o dislaceración urogenital.

El equipo medio quirúrgico que recibe este tipo de pacientes, debe efectuar en forma rápida una evaluación minuciosa de las condiciones generales de las distintas lesiones asociadas que puede presentar el paciente, con el objeto de fijar prioridades. Estos pacientes por su estado de gravedad deben ser atendidos por un equipo multidisciplinario. (2).

4. SINTOMAS Y DIAGNOSTICO.

Las manifestaciones clínicas dependen de la etiología y localización del traumatismo. No siempre es posible obtener información del paciente sea por que lo oculte (cuerpos extraños intrarectales) o por que no este en condiciones de hacerlo (6).

En la práctica se presentan dos situaciones, el paciente requiere maniobras de reanimación inmediata (choque, trauma generalizado, hemorragia aguda etc.) o bien puede estar estable. En el primer caso la reanimación es primordial, en el segundo puede elaborarse el diagnóstico de las lesiones, concomitante a la estabilización y reanimación del paciente debe realizarse la evaluación sistemática ordenada del paciente, por que pueden existir lesiones asociadas y por consiguiente el diagnóstico y el tratamiento deben ser globales.(6)(8)

Las lesiones perforantes de colon y recto presentan un cuadro de abdomen agudo de aparición de mas o menos repentina. A la exploración se observa las heridas que causa el agente traumático, ya sea en abdomen, tórax inferior o perineo. En los traumatismos cerrados la clínica suele ser mas insidioso y en ocasiones en primer síntoma es la infección de partes blandas, íleo paralítico o el dolor rectal. En ocasiones el diagnóstico de las lesiones rectosigmoideas se muestra por presencia de rectorragia. (6)(8)