

Capítulo 19

Manejo actual del trauma de recto intra y extraperitoneal

Carlos Andrés Delgado López

Cirujano General Facultad de Medicina,
Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón
Uribe y Clínica Central Fundadores

Juliana Lucia Molina Valencia

Residente de Cirugía General, Facultad de
Medicina, Universidad de Antioquia

Introducción

Los conocimientos del trauma de recto se han adquirido y adoptado de la cirugía de guerra al trauma civil. La mortalidad ha variado significativamente con las estrategias diagnósticas y de manejo, que han pasado de casi un 100 % a menos de 10 %. En el trauma civil se reporta una incidencia de 1 a 3 % y las complicaciones pueden alcanzar hasta un 21 %. El 80 % de las lesiones rectales son secundarias a trauma penetrante, de estos, 85 % son por arma de fuego y 5 % por armas cortopunzantes. El trauma cerrado representa el 10 % de las lesiones y usualmente están asociadas a trauma pélvico (1,2).

El recto mide aproximadamente 15 cm de longitud, solo los dos tercios superiores y anteriores son intraperitoneales y el tercio inferior y la región posterior son extraperitoneales, por lo cual el 93 % de las lesiones penetrantes son extraperitoneales; este concepto anatómico es fundamental para definir las ayudas diagnósticas y el tratamiento. El recto está anatómicamente protegido por la pelvis, por lo cual es muy infrecuente el trauma aislado, por la proximidad con estructuras vasculares y otros órganos pélvicos (1).

No existe un protocolo en trauma de recto aceptado universalmente y aún se presentan varias controversias en su manejo, el cual ha cambiado en la última década. Hay aplicación de estrategias diferentes en el trauma civil y el trauma de guerra, este último no será revisado en el presente capítulo.

Abordaje inicial

La sospecha clínica es de suma importancia para identificar los pacientes con trauma rectal, y está dada principalmente por el mecanismo del trauma y las lesiones asociadas. El trauma de pelvis de alta energía con diástasis de la sínfisis púbica, el trauma urogenital, las fracturas pélvicas, las heridas por arma de fuego trans-pélvicas y las heridas por empalamiento tienen alta probabilidad de causar lesión rectal (3). Una revisión retrospectiva de 362 pacientes con fractura cerrada de pelvis demostró una incidencia de 2,2 % de trauma rectal; y de las lesiones evaluadas, la diástasis de la sínfisis del pubis aumentó tres veces el riesgo de lesión rectal (2).

En la valoración clínica de las lesiones rectales hay que considerar la etiología, el intervalo temporal desde el trauma, las lesiones asociadas, los síntomas y hacer una evaluación del estado general del paciente, ya que todos estos factores son importantes para la decisión del mejor tratamiento disponible.

El diagnóstico se basa en la exploración física abdominal y perineal, el tacto rectal y las pruebas complementarias. Los signos clínicos y el enfoque diagnóstico de las lesiones rectales intraperitoneales son similares a las lesiones de otras partes del colon. La mayoría de los pacientes tienen signos de peritonitis y en muchas ocasiones el diagnóstico es intraoperatorio. La perforación del recto extraperitoneal puede no causar sintomatología inmediata (2,4).

El tacto rectal hace parte de la revisión secundaria en el protocolo del soporte avanzado en trauma (ATLS, por sus siglas en inglés) y siempre se debe realizar; tiene una sensibilidad de 33 a 52 % para identificar lesiones en recto, con falsos positivos hasta del 67 %. Se puede encontrar un defecto en la pared del recto, sangrado, disminución del tono del esfínter anal, fragmentos óseos o próstata elevada. El examinador debe tener cuidado al realizar el tacto por riesgo de lastimarse durante la valoración por esquirlas óseas o posibles cuerpos extraños impactados (2).

La rectoscopia rígida o flexible es una herramienta de diagnóstico importante que debe ser utilizada si el tacto rectal y la tomografía contrastada (TC) son sugestivas de alteraciones a este nivel. Puede ayudar a la localización precisa de la lesión y a planificar la estrategia quirúrgica. La sensibilidad global es del 71 % y para trauma extraperitoneal del 88 %. La falta de preparación del intestino puede disminuir la fiabilidad de este estudio. Cuando se hace rectosigmoidoscopia se debe ser muy preciso con la insuflación para evitar mayor contaminación, sin embargo, al insuflar poco puede pasarse por alto la lesión (1,3).

Los pacientes estables deben ser llevados a TC de abdomen y pelvis con contraste rectal, que de ser negativa con sospecha clínica baja, es prudente la observación por los posibles falsos negativos; en principio no es necesario realizar más estudios. En las TC positivas se puede evidenciar el trayecto de la herida adyacente al recto, extravasación del contraste, defecto completo de la pared, aire libre extra luminal, sangrado en la pared del intestino, entre otros. Como hallazgos menos específicos se han reportado el engrosamiento de la pared rectal y el líquido libre perirrectal. La TC es la mejor prueba de imagen para evaluar el traumatismo rectal y se debe realizar rutinariamente. Tiene una sensibilidad del 100 % y una especificidad de 96 % cuando se realiza con triple contraste (oral, intravenoso y rectal) (1,3).

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



Manejo

Todos los pacientes con trauma deben ser manejados inicialmente con el protocolo de soporte avanzado de trauma para estabilizar lesiones amenazantes de la vida. El manejo depende de la localización anatómica, el tipo de lesión y el estado hemodinámico del paciente. Los pacientes inestables deben ser llevados al quirófano.

Los principios clásicos establecidos en cirugía de guerra de las "4 D": desbridamiento, derivación fecal, drenaje presacro y lavado distal eran los pilares de manejo aceptados también en el trauma civil, sin embargo, con el pasar de los años se han encontrado grandes diferencias entre estos dos escenarios, principalmente por el tipo artefactos que generan las lesiones en los conflictos bélicos que son de alta energía y generan gran destrucción tisular. *Brown et al.* publicaron un estudio retrospectivo multicéntrico con recolección de datos durante 11 años en el que incluyeron todos los pacientes que

sufrieron una lesión rectal traumática, y evidenciaron que los pacientes con lesión intraperitoneal manejada con derivación proximal desarrollaron más complicaciones frente a los que se les realizó reparo primario o resección y anastomosis. Los pacientes con lesiones extraperitoneales que eran sometidos a un drenaje presacro y/o lavado rectal distal se asociaron independientemente con un aumento de tres veces las complicaciones abdominales, por lo que actualmente se considera que son conductas que no deben incluirse de forma rutinaria en el tratamiento de las lesiones rectales extraperitoneales (6).

La Asociación Americana de Cirugía de Trauma (AAST, por sus siglas en inglés) clasifica el trauma de recto en 5 grados sin diferenciar ubicación extra o intraperitoneal (Tabla 1). Si el defecto compromete menos del 25 % de la circunferencia se considera una lesión no destructiva y si es mayor, destructiva (2).

Grado	Lesión	Descripción	Tipo de lesión
I	Hematoma Laceración	Contusión o hematoma sin desvascularización Espesor parcial de la pared	No destructiva
II	Laceración	Espesor total de la pared menos de 50 % de circunferencia	
III	Laceración	Espesor total de la pared en un 50 % o más de circunferencia	Destructiva
IV	Laceración	Espesor total de la pared con extensión al periné	
V	Vascular	Deterioro de la vascularización de un segmento del recto	

Tabla 1. Escala de Gravedad del Trauma de Recto de la Asociación Americana de Cirugía de Trauma.

Trauma intraperitoneal

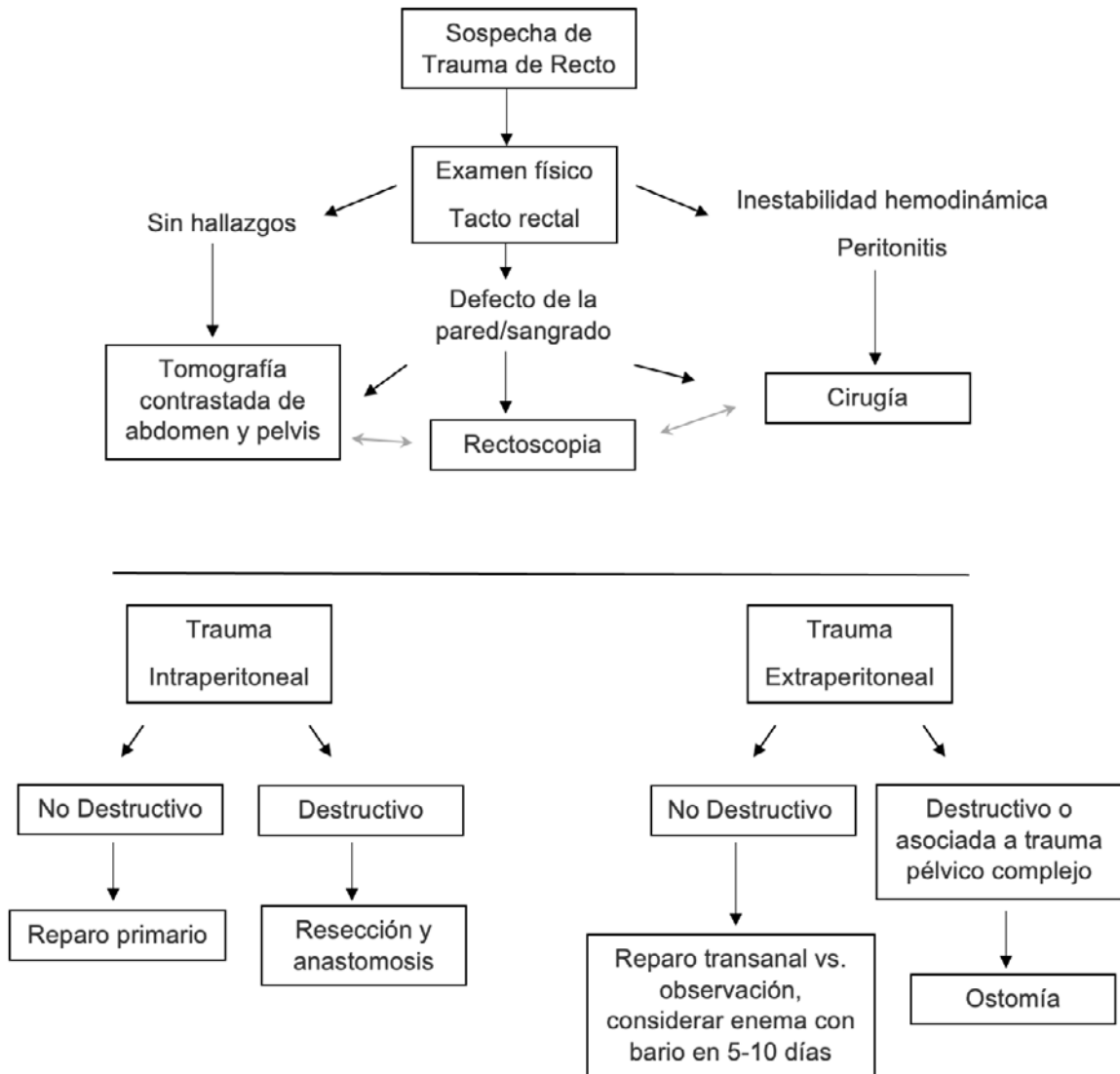
Las lesiones intraperitoneales se manejan como lesiones de otras porciones del colon. Stone et al realizaron en 1979 el primer estudio aleatorizado que comparó el reparo primario vs. colostomía en pacientes con trauma de colon, en el que demostraron la superioridad del reparo primario en heridas no

destructivas (1). El manejo actual de las heridas destructivas es la resección con anastomosis con consideración de ostomía en los pacientes con hipotensión persistente y requerimientos transfusionales altos. En las lesiones cerradas que usualmente son destructivas con trauma del meso, fracturas pélvicas y lesiones perineales complejas la derivación colónica es una opción (7).

Trauma extraperitoneal

El 88 % de las lesiones penetrantes ocurren en el tercio inferior del recto. El recto extraperitoneal es difícil de exponer quirúrgicamente, lo que hace que el reparo primario no sea posible en la mayoría de los casos. Si la lesión es accesible puede ser reparada sin necesidad de derivación. Se debe debridar hasta el tejido sano, ver los bordes de la herida con retiro de tejido adiposo y hacer sutura, primer plano con puntos totales continuos y segundo plano con seromusculares separados (1).

Si el trauma es destructivo, hay lesión vascular concomitante y fracturas pélvicas se debe considerar la derivación. Si se realiza una ostomía es ideal el cierre temprano incluso en la hospitalización índice cuando hay resolución de los traumas asociados y la sepsis (Algoritmo 1) (4).



Algoritmo 1. Diagnóstico y manejo del trauma de recto.

Actualización en CIRUGÍA GENERAL



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Se ha encontrado poco beneficio e incluso mayores complicaciones infecciosas con la colocación de drenes presacros y el lavado distal. Las lesiones con gran destrucción de tejidos blandos que se comunican con el espacio presacro y para-rectal tienen indicación de drenaje. Para la colocación del dren pre-sacro se ubica al paciente en posición de litotomía y se hace una incisión curvilínea entre el esfínter anal y el coxis. Se usa una pinza larga para entrar a los músculos del piso pélvico y la fascia endopélvica hasta que se siente el agujero sacro, se deja un dren de Penrose y se fija a la piel. Puede ser retirado a las 72 horas según los hallazgos y las características del drenaje (4).

Cuando hay trauma combinado de recto y uretra existe una probabilidad del 24 % de formación de fístulas; para disminuir el riesgo se debe hacer un desbridamiento del tejido necrótico, con reparo primario o derivación e interponer un colgajo de omento entre el recto y la vía urinaria (8).

La cirugía transanal mínimamente invasiva es una opción que ha venido en auge para el reparo primario de las lesiones extraperitoneales; si se cuenta con los equipos y la experiencia para una adecuada visualización del recto, esta podría ser una excelente opción de manejo (3).

Respecto a los antibióticos se recomienda el uso de medicamentos de amplio espectro con cubrimiento de anaerobios durante por lo menos 24 horas (3).

Conclusiones

El trauma de recto es una entidad infrecuente. Se debe tener un alto índice de sospecha clínica asociada de los estudios complementarios (rectosigmoidoscopia y TC) para confirmar el diagnóstico. Las decisiones quirúrgicas estarán determinadas por la estabilidad del paciente y los hallazgos clínicos. No se recomienda la realización de estomas o el uso de drenajes presacros de rutina.

Bibliografía

1. Croce M, Fabian T. Colon and Rectum. En: Feliciano D, Mattox K, Moore E, editores. Trauma. Editorial McGraw Hill; 2021, p 373-46.
2. Torres Alcalá JT. Traumatismos anorrectales. Protocolo de actuación. Cir Andal. 2018;29(4):462-66.
3. Saldarriaga LG, PalaiosRodríguez HE, Pino LF, González HA, Caicedo Y, Capre J. CaicedoHolguín I, Galloego LM, García A, Rodríguez-Holguín F, Salcedo A, Serna JJ, Herrera MA, Parra MW, Ordoñez CA. Kestenberg-Himelfarb A. Rectal damage control: when to do and not to do. Colomb Méd (Cali), 2021; 52(2):e4124776 <http://doi.org/10.25100/cm.v52i2.4776>.
4. Clemens MS, Peace KM, Yi F. Rectal Trauma: Evidence-Based Practices. Clin Colon Rectal Surg. 2018 Jan;31(1):17-23. doi: 10.1055/s-0037-1602182.
5. Uchino H, Kong V, Elsabagh A, Laing G, Bruce J, Manchev V, Clarke D. Contemporary management of rectal trauma - A South African experience. Injury. 2020 May;51(5):1238-1241. doi: 10.1016/j.injury.2020.02.121.
6. Brown CVR, Teixeira PG, Furay E et al. Contemporary management of rectal injuries at Level I trauma centers: The results of an American Association for the Surgery of Trauma multi-institutional study. J Trauma Acute Care Surg. 2018 Feb;84(2):225-233.
7. Bosarge PL, Como JJ, Fox N, et al. Management of penetrating extraperitoneal rectal injuries: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. J Trauma Acute Care Surg. 2016 Mar;80(3):546-51.
8. Hashmi DL, Spector C, Ong A, Foster SM, Musso M, Moshkovsky F. A Rare Case of Total Rectal and Urethral Disruption After Blunt Trauma. The American Surgeon. 2021;87(1):149-151. doi:10.1177/0003134820943548.