



P-036 - MANEJO DE PERFORACIÓN TRAUMÁTICA DE RECTO EN UN PACIENTE DE SIETE AÑOS EN KRIBI, CAMERÚN

Ferrer Castro, María del Carmen¹; Morales Jiménez, Gonzalo María²; Aguilar Martínez, María del Mar¹; Palomo López, Irina³; Ochoa Labarta, Luis¹

¹Hospital de Poniente, El Ejido; ²Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada; ³Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Las perforaciones de recto traumáticas en edad pediátrica son infrecuentes y en países desarrollados habitualmente reciben atención médica especializada las horas siguientes al accidente. En la evaluación inicial se suele incluir TAC y exploración bajo anestesia con realización de rectoscopia.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente pediátrico de siete años que consulta para valoración de una herida perineal tras un traumatismo penetrante con una rama de árbol ocurrida seis días antes. Dos días tras el accidente había acudido a un centro de salud donde simplemente se le suturó la piel del periné. A su llegada a nuestro centro, presenta dehiscencia de la sutura cutánea con herida muy sucia, bordes anfractuados y salida franca de heces a través de la misma. Un tacto rectal cuidadoso y a través de la herida revela una perforación en recto bajo con solución de continuidad de 0,5 cm, así como integridad de los esfínteres y buen tono de la musculatura. No presentaba al ingreso signos de obstrucción, sangrado, sepsis ni irritación peritoneal. Se realizó hemograma y coagulación que mostraron leve leucocitosis junto con hemoglobina de 10 g/dl sin otros hallazgos. Se interviene el día siguiente al ingreso, realizándose colostomía lateral sobre varilla. Se realiza limpieza profusa de la herida perineal sin sutura cutánea ni cierre del defecto rectal dado el pequeño tamaño del ano y la ausencia de instrumental adecuado. Lavado del segmento colónico desfuncionalizado a través de la colostomía hasta salida de suero limpio por ano y por la herida perineal. Alta al cuarto día, con posoperatorio favorable. Evolución adecuada de la herida perineal con cierre completo por segunda intención en tres semanas sin apreciarse supuración residual ni orificios fistulosos. Se demora dos meses el cierre de la colostomía para permitir cicatrización completa del recto con seguridad, dada la imposibilidad de realizar rectoscopia u otras pruebas de imagen por falta de medios. Revisiones sin alteraciones de la continencia, fístulas u otra patología anorrectal.



Discusión: El tratamiento estandarizado en las perforaciones traumáticas extraperitoneales de recto es la realización de una colostomía derivativa en asa sobre el colon sigmoides, con o sin cierre primario del defecto rectal. El cierre primario se debe plantear solo si el defecto es accesible a través del ano sin causar más morbilidad ni precisar disección. En caso de que no sea fácilmente accesible, se debe realizar cierre por segunda intención. El diagnóstico de las heridas penetrantes traumáticas rectales es habitualmente preoperatorio. Salvo condiciones de inestabilidad hemodinámica, se suele realizar TAC con contraste para valorar la extensión de la lesión y la afectación de la cavidad peritoneal. La proctosigmoidoscopia es otra herramienta muy útil en la visualización de las heridas rectales. Las colostomías realizadas tras perforaciones rectales traumáticas pueden ser candidatas a un cierre precoz en dos o tres semanas, si un enema con contraste o rectoscopia confirma una adecuada cicatrización. En el caso de que el cierre se demore unas 6-8 semanas, esta confirmación probablemente no sea necesaria.