

HERIDAS PERINEALES



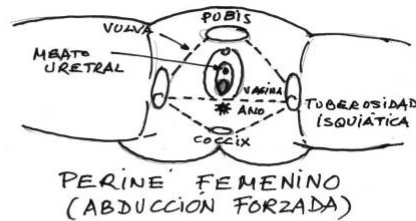
Autor : Dr Andrés Camilo Ramírez.
Jefe de Servicio de Traumas
Hospital: Gral. Dr Carlos J. Finlay.

Coautores: Dr. René Borges Sandrino
Dra. Maria de Lourdes Hdez.
Dr. Agustín Jiménez Carrazana

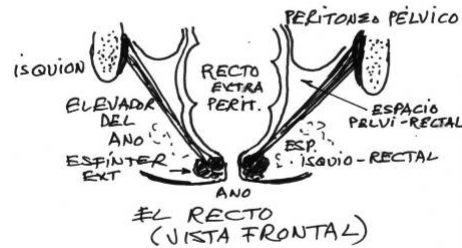
HERIDAS PERINEALES

Concepto:

Las heridas perineales constituyen soluciones de continuidad que pueden estar acompañadas de contusiones menores, desgarros de músculos o laceraciones mayores con pérdida de sustancia tisular o no, que pueden comprometer estructuras del perine hasta el diafragma urogenital.



Perine;conforma el suelo pélvico
Y ocupa un espacio romboidal
situado entre el pubis ,coxix, y
ambas ramas izquiopubianas
en sus límites externos



Cortesía del Dr Jimenez Carrazana
Cortesía del Dr Jimenez Carrazana.

Reseña Anatómica

Planos musculares: . musc. coccígeo

- . musc. elevador del ano.
- . fascia perineal transversa
- . superficial y profunda.
- . bulbo cavernoso

.Visceras huecas (recto, vagina, uretra posterior)

.Diafragma urogenital

.Fosas izquiorrectal y pelvirrectal.

.Vascularización (sacra media, ramos hipogástricos)

Clasificación de traumatismos perineales.

- Superficiales ... hematomas
heridas tangenciales.
desgarros menores.
- Profundas ... (Interesan el diafragma urogenital o lo atraviesan)
 - a) sin lesión visceral.
 - b) con lesión visceral
 - intraperitoneales.
 - extraperitoneales.

Etiología

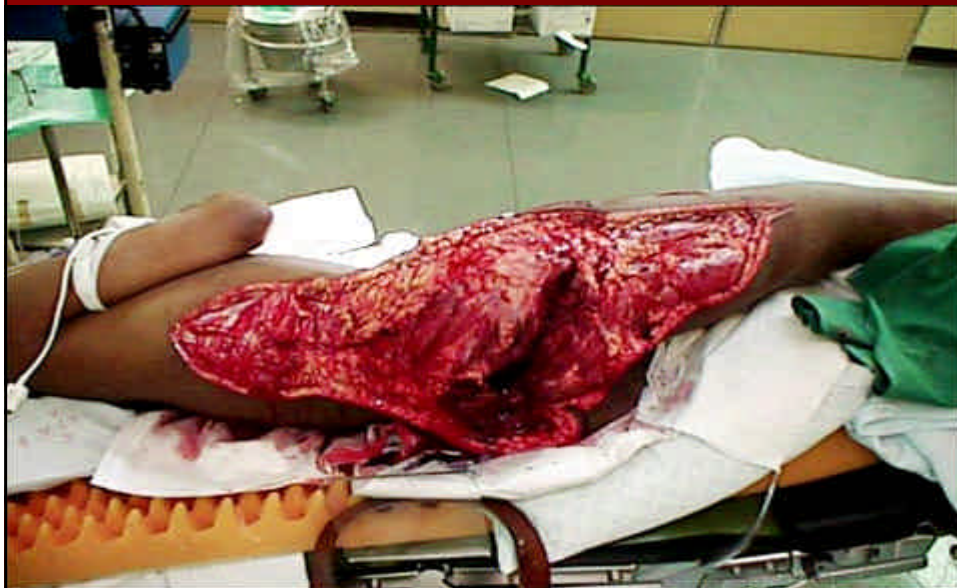
- HPAB.
- HPAF, HPAE, (minas)
- Empalamiento (cuerpos extraños)
- Aplastamiento pélvico masivo
- Violencia sexual, perversión, masturbación
- Cornada por asta de toros
- Lesiones a horcajadas (monta a caballo, ciclos, motos)
- Torturas (picana eléctrica, etc)
- Lesiones obstétricas (forces, episiotomías)
- Traumatismo abdominoperineales



Cuadro Clínico

- Las manifestaciones clínicas están en relación a la etiología y retardo diagnóstico
- Son comunes:
 1. Dolor.
 2. Impotencia funcional.
 3. Signos precoces de sepsis local.

Herida Perineal: Fascitis extensa



Diagnóstico.

- **Antecedentes.**
- **Cuadro clínico.**
- **Examen físico: Tacto rectal y vaginal. (Evaluar hematomas, colecciones y función del esfínter anal)**
- **Ultrasonido abdominal (endoanal, transvaginal)**
 - ANOSCOPIA, ESPECULOSCOPIA
 - URETROCISTOGRAFIA
 - Rx. Torax y abdomen.
 - Tac.
 - Biometría.

Tratamiento de heridas perineales. Conceptos básicos.

- Uso profiláctico de antibióticos.
- Drenaje de espacios pelvirrectales.
- En lesiones graves; derivar las vísceras huecas (las heces y orina perpetúan la sepsis).
- Manejo multidisciplinario.

Algoritmo de manejo.

HPAF TRANSPELVICA

Exploración Quirúrgica

Laparotomía

Manejo de lesiones
asociadas

Hemorragia
masiva

Cirugía de
Control de Daños

Algoritmo de manejo.

HPAB PERINEAL

Exploración Quirúrgica Local

Evisceración

Signos de
Irritación
peritoneal

Penetrante

Proctorrugia

Ginecorrugia

NO

SI

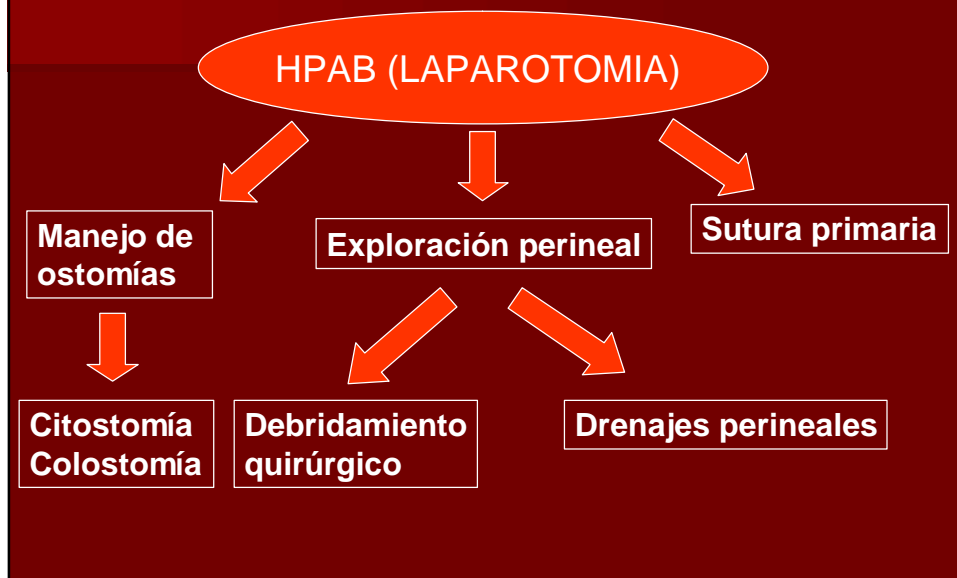
Salida de heces fecales

Salida de orina

Tratamiento
conservador

LAPAROTOMIA

Algoritmo de manejo.



Atención prehospitalaria.

Particularidades de manejo:

Manejo Prehospitalario: ABC

1. Empalamiento.
 - a) Taponamiento (hemostático de la herida)
 - b) Enclavamiento: fijar el objeto, evitar que se mueva o deslice, originando hemorragia masiva.
2. Lesión por asta de toro: evaluar lesiones vasculares asociadas a traumatismo rectovesical.
3. Desgarros perineales transparto (1%- 8%). Grado 3 y 4, lesión del recto (contaminación perineal). Mandatorio irrigación, debridamiento y drenaje opcional.

Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Eval
1	HPAB. Glútea (i) de 10 cm.	20a M	Lesión del recto y esfínter.	Sutura primaria del recto + reconstrucción del esfínter + drenaje perirrectal.	Vivo

Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Eval
2	HPAB. Perianal con salida de heces fecales.	54a M	Lesión por fosa izQUIORRECTAL + lesión extraperitoneal del recto.	Colostomía + reparación del recto + drenaje perianal.	V i v o

Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Eval
3	HPAB. Transvaginal con salida de asas intestinales por vagina	18 F	Lesión perineo peritoneal + peritonitis.	Laparotomía + resección intestinal + colpoperineo_ rrafia. Drenajes.	M U E R T O

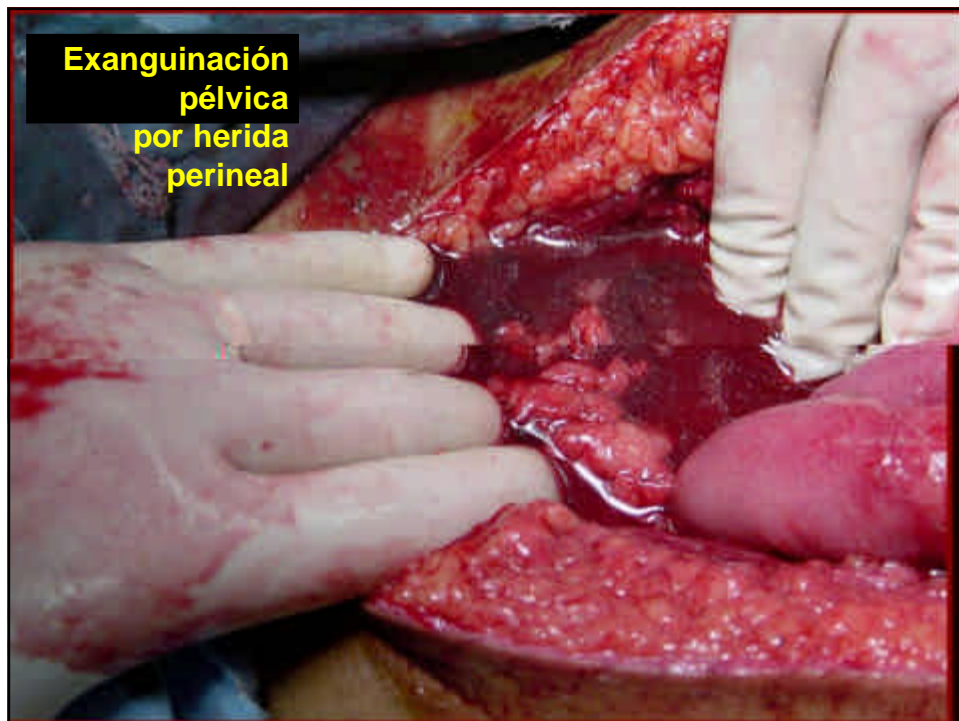
Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Eval
4	Aplastamiento pélvico masivo.	20a M	Shock traumático + lesión por segmento óseo de vejiga y recto.	Laparotomía + citostomía + colostomía + debridamiento perineal + drenajes perineales.	V i v o



Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	E
5	Aplastamiento pélvico masivo.	49a F	Shock traumático + desgarro perineal extenso + lesión del recto y vagina.	Laparotomía + ligadura de la arteria hipogástrica + citostomía + colostomía + debridamiento perineal + drenajes perineales.	M U E R T O



Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Ev al
6	HPAF transperineal	19a M	Shock hipovolémico + lesión vesical + rectal + cabeza de femur y sacro.	Laparotomía + ostomías + cirugía de control de daños.	V i v o

Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Ev al
7	HPAB paraglutea interna (d).	21a M	Peritonitis + lesión del recto intraperitoneal	Tto. Q. > 24 horas. Laparotomía + sutura del recto intraperitoneal + colostomía + drenaje.	V i v o

Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	E v a l
8	Arrastra_ miento por cami3n.	45a M	Lesi3n del recto + vejiga + fx. huesos p3bicos + desgarro extenso perineal.	Colostomía + citostomía + orquiectomía + cirugía reconstructiva + reintervenciones.	V i v o



Heridas Perineales

N o	Etiología	Edad Sexo	Diagn3stico	Tratamiento	Ev al
9	HPAF transperineal	37a M	Lesi3n asas delgadas + recto + arteria simoidea.	Laparotomía + ligadura arterial + anastomosis TT + colostomía.	V i v o

Heridas Perineales

No	Etiología	Edad Sexo	Diagnóstico	Tratamiento	Eval
10	Violación sexual.	11a F	Ruptura traumática recto vaginal.	Sutura primaria	V i v o

Heridas Perineales. Resumen

ETIOLOGIA

1. HPAB 4
2. HPAF 2
3. Accidente 3
4. Violación sexual .1

EDAD

- 15 a 20 5
- 21 a 30 1
- 31 a 40 1
- 41 a 50 2
- > 50 1

DIAGNOSTICO

1. Herida perineal 5
2. Herida abdominoperineal .. 5

Tto. QUIRURGICO

1. Laparotomía 8
 - Colostomía 7
2. Sutura primaria... 2

SUPERVIVENCIA

1. Vivos 8
2. Fallecidos 2
 - Shock hipovolémico
 - Sepsis (FMO)

CONCLUSIONES

1. Las heridas complejas perineales tienen índice de mortalidad de 20%.
2. El 80% de las lesiones perineales complejas requirieron colostomía.
3. Las heridas perineales asociadas a lesiones del recto, vejiga o uretra conllevan a tratamientos quirúrgicos multidisciplinarios.
4. El 50% de las heridas perineales se asocian a lesión peritoneal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Adams-DB: Mandatory exploration for penetrating abdominal wounds. Arch surg. 1991; 126 (1): 115.
- 2) Auld-CD; McIntyre-R; Mackay-AJ: Abdominal trauma. BMJ 1990; 1: 301: 444
- 3) De-Rosa-G; Peppas-C: Impalement Injuries. A clinical case. Minerva-Chir. 1997 ; 52 (1-2): 143-8.
- 4) Feliciano-DV; Spjut-Patrinelly: Pre, intra, y postoperative antibiotics. Surg.Clin. North. Am. 1990; 70 (3): 689-701.
- 5) Kluger-Y; Siffer-D: Blunt perineal injuries. Harefush. 1997 feb; 132 (3): 233-5.
- 6) Lese-M; Corio Lan-P: Problems in the therapeutic approach in anorectal trauma. Chirugia-Bucur. 1997; 92 (4): 245-8.

7) Nejar-M; Bennani-S; Zerouali-ON: Penetrating abdominal wounds. J.Chir. Paris 1993; 128 (8-9): 381-4.

8) Nichols-RL; Smith-JW; Robertson-GD: Prospective alterations in therapy for penetrating abdominal trauma. Arch. Surg. 1993; 217 (5): 576-84.

9) Revskoi-AK; Voinovskii-EA: Gunshot Wounds of rectum Kirugiia 1997; (9): 4-7.

10) Stankovic-N; Scekcic-M: War injuries of the rectum and peritoneum. Vojrosaint-Pregl. 1997-Mar. Apr.,52 (2): 103-7.

11) Morris-JA; Eddy-VA; Blinman-TA: The staged celiotomy for trauma. Issue in unpacking and reconstruction. Ann.Surg. 1993; 217 (5): 576-84.