Rev Venez Cir. 79(2): 106-110. 2026

TRAUMATISMO PERINEAL COMPLEJO EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO PARA EL CIRUJANO. REPORTE DE CASO

CARLOS DE JESÚS BETANCES[1]
NEIDA GUAITA[2]
JESSIBETH RODRÍGUEZ [3]
YENIFER RIVAS[2]
ALENDY NOVA[1]

COMPLEX PERINEAL TRAUMA IN A POLYTRAUMATIZED PATIENT: A DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE FOR THE SURGEON. CASE REPORT

RESUMEN

El periné es una región en forma de diamante compuesta por tejido blando que, inferiormente, obtura la salida de la cavidad pélvica (1). Los límites de esta región comprenden el arco púbico por delante, las ramas isquioúbicas y la tuberosidad isquiática lateralmente, los ligamentos sacrotuberosos de manera posterolateral, y el cóccix posteriormente. De esta manera, el periné queda dividido en 2 segmentos: el triángulo urogenital por delante y el triángulo anal por detrás. Se realizó una revisión de literatura acerca de diversos artículos que abordan el tema desde distintos enfoques (diagnóstico, terapéutico, epidemiológicos) para complementar el reporte de nuestra experiencia con un caso de paciente femenino que sufrió traumatismo perineal complejo. El manejo de estas lesiones conlleva retos importantes para el cirujano general, en vista de la escasa incidencia de estos, además de la complejidad en su diagnóstico. Es realmente importante apegarse a los protocolos de evaluación y manejo para no pasar por alto lesiones inadvertidas. A su vez, es igual de relevante entender que el verdadero reto está en garantizar una evolución adecuada entendiendo que el índice de complicaciones por procesos infecciosos es considerablemente elevado al presentarse en una zona con focos de contaminación constante.

Palabras clave: Politraumatizado, perineo, trauma, trauma genital, trauma anorrectal

ABSTRACT

The perineum is a diamond-shaped region composed of soft tissue that, inferiorly, seals the outlet of the pelvic cavity. The boundaries of this region include the pubic arch anteriorly, the ischioubical rami and the ischial tuberosity laterally, the sacrotuberous ligaments posterolaterally, and the coccyx posteriorly. In this way, the perineum is divided into 2 segments: the urogenital triangle anteriorly and the anal triangle posteriorly. A literature review was conducted on various articles that address the subject from different perspectives (diagnostic, therapeutic, epidemiological) to complement the report of our experience with a case of a female patient who suffered complex perineal trauma. The management of these injuries entails significant challenges for the general surgeon, given their low incidence and the complexity of their diagnosis. It is extremely important to adhere to assessment and management protocols to avoid overlooking unnoticed injuries. It is equally important to understand that the real challenge lies in ensuring proper progress, given that the complication rate from infectious processes is considerably high when present in an area with constant sources of contamination

Key words: Polytraumatized, perineum, trauma, genital trauma, anorectal trauma

1. Residente de 3er año de cirugía general – Hospital Dr. Rafael Medina Jiménez. Vargas, Venezuela . Correo electrónico: carlosdjb1@gmail.com
2. Adjunto del servicio de cirugía general – Hospital Dr. Rafael Medina Jiménez. Vargas, Venezuela
3. Residente de 2do año de cirugía general – Hospital Dr. Rafael Medina Jiménez. Vargas, Venezuela

Recepción: 06/02/2026
Aprobación: 25/5/2026
DOI: 10.48104/RVC.2026.79.2.4
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

El periné es una región en forma de diamante compuesta por tejido blando que, inferiormente, obtura la salida de la cavidad pélvica. Los límites de esta región comprenden el arco púbico por delante, las ramas isquioúbicas y la tuberosidad isquiática lateralmente, los ligamentos sacrotuberosos de manera posterolateral, y el cóccix posteriormente. De esta manera, el periné queda dividido en 2 segmentos: el triángulo urogenital por delante y el triángulo anal por detrás. Tanto los músculos como las fascias de ambas zonas emergen centralmente formando un nodo fibromuscular de localización central conocido como cuerpo perineal (1). El trauma perineal corresponde a la lesión del periné, la cual incluye el conjunto de partes blandas ubicadas por debajo del diafragma pélvico, donde se encuentran el recto y el ano, los músculos de continencia pélvica y de soporte, y los órganos urinarios y genitales externos. El periné es la capa de sostén entre la vagina y el recto, es sitio de referencia para la clasificación del grado del desgarro, a fin de enfocar la reparación. Según el compromiso, las lesiones se pueden clasificar en: primer grado, que solo afectan la piel perineal; segundo grado, implican el cuerpo perineal y los tejidos más profundos; tercer grado, en el cual hay compromiso de la cápsula y el músculo del esfínter anal; cuarto grado, se extienden a través del esfínter y de la mucosa rectal (3).

El estudio de revisión retrospectivo más extenso de la literatura, publicado por Petrone et al. en el año 2009, abarca 13 años, desde febrero de 1992 hasta octubre de 2005, en el que se incluyeron 53.244 víctimas civiles de trauma admitidas en un centro de trauma de nivel 1 de los Estados Unidos. La incidencia de lesiones perineales fue de 0,1% (69/53.224), con una relación varón/mujer de 85/15 y una edad promedio de 30 años. Las lesiones perineales pueden ser con frecuencia asociadas a fracturas pélvicas abiertas (1-4%). La serie más grande del ámbito militar es de Mossadegh, con 118 soldados con lesiones perineales (5,4%) secundarias a dispositivos explosivos improvisados (1).

Las lesiones pélvicas complejas se encuentran entre las lesiones traumáticas más peligrosas y mortales. Existen diferentes sistemas de clasificación: algunos se basan en el mecanismo de la lesión, otros en patrones anatómicos y otros se centran en la inestabilidad resultante que requiere fijación quirúrgica. Sin embargo, la estrategia terapéutica óptima debe tener en cuenta el estado hemodinámico, el deterioro anatómico de la función del anillo pélvico y las lesiones asociadas. El tratamiento de los pacientes con trauma pélvico tiene como objetivo fundamental restablecer la homeostasis y la fisiopatología normal asociada a la estabilidad mecánica del anillo pélvico. Por lo tanto, el tratamiento del trauma pélvico debe ser multidisciplinario y basarse en la fisiología del paciente y la anatomía de la lesión (4,5).

Diversos autores han descrito previamente algoritmos diagnóstico-terapéuticos en pacientes con lesiones traumáticas del periné, para su correcta gestión. Las pacientes víctimas de trauma que son admitidos al Departamento de Urgencias deben ser tratados inicialmente de acuerdo con el protocolo del *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) del Colegio Americano de Cirujanos. Las lesiones que amenazan la vida del paciente deben tratarse antes de comenzar con la valoración de las heridas perineales, que aunque sean extensas, no deberían desviar la atención de otros posibles focos de sangrado. Las lesiones perineales son el resultado de múltiples fuerzas directas o transmitidas, que actúan simultáneamente o en secuencia, y presentan efectos variables en las complejas interacciones de las estructuras que lo componen, y que pueden afectar al intestino, la vejiga y a los órganos genitales (1).

El trauma vulvar se considera una emergencia quirúrgica, la cual va a depender de los hallazgos físicos y las condiciones médicas asociadas. La evolución adecuada y la disminución de las secuelas posteriores de la paciente van a depender de la atención multidisciplinaria, con el adecuado control del daño y la reparación oportuna, para evitar complicaciones a corto y largo plazo (3). En la actualidad, no se han publicado directrices exhaustivas sobre estos temas. No se ha demostrado la existencia de una correlación entre el tipo de lesiones anatómicas del anillo pélvico y el estado fisiológico del paciente. Además, el manejo del trauma pélvico ha cambiado notablemente a lo largo de las últimas décadas, con una mejora significativa en los resultados, debido a las mejoras en las herramientas diagnósticas y terapéuticas (4,5).

Las lesiones traumáticas del recto representan solo el 0,1 % de todas las lesiones traumáticas. Es más común en entornos militares, con una prevalencia estimada del 5 al 10 % en entornos de combate, probablemente relacionada con mecanismos que involucran misiles de alta velocidad y artefactos explosivos. Las lesiones penetrantes, y en particular las heridas por arma de fuego constituyen la mayoría de las lesiones rectales. Aproximadamente el 60% de las lesiones rectales en entornos civiles y el 95% en entornos militares se deben a mecanismos penetrantes A pesar de su rareza, la lesión rectal cerrada se asocia con puntuaciones más altas de gravedad, una asociación más frecuente con otras lesiones, como fracturas pélvicas, estancias hospitalarias más prolongadas y tasas de complicaciones más altas en comparación con los pacientes con lesiones penetrantes. Las lesiones extraperitoneales aisladas se encontraron con mayor frecuencia en una evaluación del Banco Nacional de Datos de Trauma, representando casi el 53% de todas las lesiones rectales, mientras que las lesiones intraperitoneales aisladas y las lesiones combinadas intra y extraperitoneales representaron el 47% restante 6.

El trauma urológico a menudo se asocia con lesiones significativas en el paciente politraumatizado. Las lecciones de las redes civiles de trauma, los conflictos militares y los eventos con víctimas masivas han llevado a muchos avances en la atención del trauma. Estos incluyen la aceptación generalizada de los principios de control de daños y la centralización del trauma en los principales centros de trauma con personal especializado en trauma. Se ha demostrado que la reorganización de la atención en estos centros reduce la mortalidad en un 25% y la duración de la estancia en

cuatro días. Los urólogos que brindan experiencia en el manejo del trauma urológico, como parte del equipo multidisciplinario de trauma, son cruciales para mejorar la supervivencia y disminuir la morbilidad en el contexto de los pacientes politraumatizados. El cateterismo prolongado es necesario en todas las lesiones vesicales y uretrales. No es necesario en pacientes estables con lesión renal leve. Los pacientes con traumatismo renal y hematuria grave que requieren monitorización o colocación de stents ureterales se benefician del cateterismo. El catéter puede retirarse una vez que la hematuria disminuye y se observa una mejoría clínica. Se recomienda el menor tiempo posible de cateterismo 7.

En un estudio retrospectivo de un solo centro en los Estados Unidos, las lesiones rectales penetrantes se asociaron con mayor frecuencia con lesiones genitourinarias (39-47%) y del intestino delgado (37-36%), con fracturas pélvicas coexistentes en alrededor del 15% de todos los pacientes. La lesión rectal que ocurre junto con fracturas pélvicas se ha implicado como un marcador de mayor riesgo de mortalidad en pacientes con traumatismos, con lesiones en el recto encontradas con mayor frecuencia con lesiones por compresión de tipo anteroposterior 6,7.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una revisión de literatura con textos publicados en distintas revistas indexadas de investigación y ciencias que hablan acerca del traumatismo perineal; algoritmos diagnostico/terapéuticos, epidemiologia y demás características imprescindibles en la compresión de esta entidad, de los cuales se excluyeron los trabajos que abordaban el trauma perineal de origen obstétrico, trauma por empalamiento o trauma directo y exclusivo a la región perineal, enfocándonos en los pacientes politraumatizados con traumatismo perineal. Además, se reporta nuestra experiencia con el caso de paciente femenino en contexto de politraumatizado, quien sufrió traumatismo perineal complejo, el cual comprometió partes blandas, musculoesquelético, genitales y ano-recto, donde hubo un manejo multidisciplinario con evolución satisfactoria a pesar de las múltiples dificultades que se plantean en esta redacción.

Presentación del caso

Información del Paciente

Paciente femenina de 25 años, la cual sufre accidente de tránsito cuando esta se desplazaba en vehículo tipo moto, provocándole múltiples traumatismos al impactar contra el pavimento, es recibida en la emergencia del Centro, donde se destaca un trauma por avulsión en región perineal secundario a una hiperabducción del miembro inferior derecho, se inicia protocolo ATLS (*Advanced Trauma Life Support* / Soporte Vital Avanzado en Trauma), evidenciando estabilidad y hemodinámica, paciente eupneica, neurológicamente conservada, con agitación psicomotriz. y quejumbrosa de dolor.

Hallazgos clínicos

Al realizar la revisión inicial se evidencia hérida avulsiva extensa en región perineal, deformidad anatómica y acortamiento de miembro inferior derecho. Se coloca *packing* de la lesión expuesta y se instauraron medidas generales de soporte para proceder con los estudios paraclínicos e imagenológicos. Se hace FAST (*Focused Assessment with Sonography in Trauma*) sin evidencia de líquido libre en cavidad, en tomografía axial computarizada de pelvis se evidencia fractura de ramas isquiopúbicas anterior y posterior derecha, desplazadas (Figura 1).

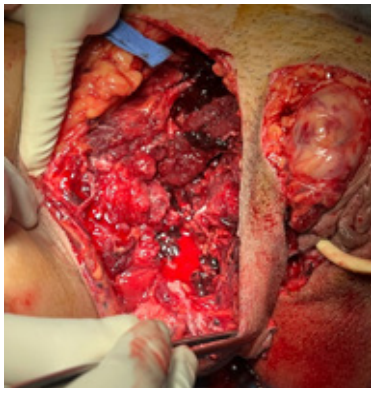


Figura 1. Traumatismo perineal

Tratamiento realizado

La radiografía AP y lateral de tibia derecha evidencia fractura multifragmentaria de tercio medio. Se discute caso con servicio de traumatología y ortopedia, quienes, en vista de no contar con los recursos para una resolución primaria de la fractura de pelvis, deciden dar manejo conservador y estabilizar la fractura de tibia con inmovilización tipo férula. Es llevada a quirófano por el servicio de cirugía general donde se realiza exploración quirúrgica de región perineal evidenciando; herida avulsiva en región perineal que involucro pliegue inguinal derecho de aproximadamente 25cm (Figura 2), con exposición de paquete vascular femoral indemne, fractura expuesta de rama isquiopúbica anterior desplazada sin esquirlas o bordes cortantes, herida avulsiva en monte de venus de 5x5cm, de bordes irregulares, con exposición del pubis, avulsión parcial del labio mayor derecho y labios menores, disrupción del borde posterior del introito vaginal, solución de continuidad del esfínter anal externo de aproximadamente 30% de la circunferencia en unión de cuadrantes anteriores, abundante contaminación biológica y no biológica con restos de asfalto, tierra, heces y orina. No hubo evidencia de signos duros de lesión vascular, ni compromiso órganos pélvicos o abdominales al momento de la evaluación, por lo que se decide colocar sonda uretrovesical tipo *Foley* de silicona 18 fr, se realiza un lavado exhaustivo con cepillo quirúrgico e irrigación con 3000cc de solución fisiológica, posteriormente se continuo con el cierre de los diferentes defectos traumáticos tratando de cubrir las estructuras más vulnerables y afrontar las



Figura 2. tomografía axial computarizada de pelvis con reconstrucción ósea 3D



Figuras 3. Postquirúrgico inmediato

lesiones del introito vaginal y región perianal para preservar su función, con rafia por planos anatómicos utilizando material de síntesis tipo sutura catgut cromado 2-0 en planos profundos, sutura Vycril 2-0 en la fascia y Nylon 2-0 en piel (Figura 3). Se realiza una colostomía en asa del sigmoides,. Por parte del servicio de traumatología y ortopedia, deciden dar manejo conservador a la fractura de pelvis con reposo absoluto en cama, para valorar una resolución definitiva extemporánea. Deciden practicar una reducción cerrada más fijación externa con tutor para tibia derecha.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Se inicia protocolo de curas diarias más antibióticoterapia acompañado de medidas generales de soporte. Al quinto día de hospitalización empieza a presentar edema importante en región de labio mayor vulvar derecho, con gasto purulento a través de herida. De igual forma a nivel del sitio quirúrgico de la colocación del tutor externo en tibia derecha, se toman cultivos y se ajusta antibiotecoterapia según los reportes de los mismos (*Klebsiellapneumoneae, Acinetobacter, Peudomona*). Se inicia protocolo de curas cada 12 horas con irrigación de solución Dakin®, disminuyendo progresivamente el gasto de la herida en labio mayor derecho. Se constata una vaginosis bacteriana, se anexa tratamiento. Obteniéndose mejoría al sexto día, se constató concomitante infección del tracto urinario bajo, se toma urocultivo y se indica tratamiento.

Considerando la evolución satisfactoria de las lesiones y el control de las complicaciones locales, se programa nueva intervención quirúrgica con fines de reparar el defecto ocasionado por la dehiscencia de la herida en genitales externos (Figura 4).

Durante su estancia hospitalaria de 39 días, la paciente se benefició del apoyo de distintos servicios como psicología y medicina interna quienes colaboraron con los componentes sistémicos y psicoemocionales. Así mismo, se realizó una estimación del estado nutricional de la paciente, quien tuvo una

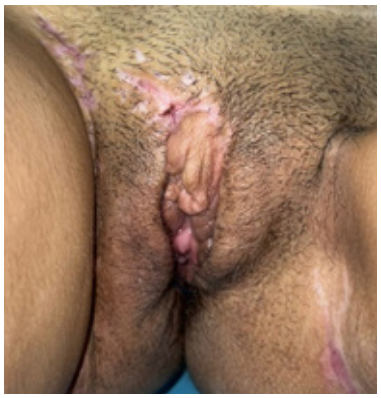


Figura 4. Reintervención para cierre del defecto

pérdida de peso importante (mayor al 15%) asociado a una desnutrición proteico-calórica importante que posteriormente se fue solventando, ajustando una dieta en base a los requerimientos calóricos de la misma.

La paciente egresa con mejoría clínica y es evaluada de forma ambulatoria por el servicio de traumatología y ortopedia quienes plantean el retiro del tutor y reevalúan la pelvis determinando que no posee criterios quirúrgicos ya que hubo resolución con el manejo conservador. Se refiere a evaluación por servicio de coloproctología quien realiza ecosonograma endoanal y anoscopía que reportan lesión del esfínter anal externo e interno de aproximadamente 140 grados, por lo cual se plantea una esfinteroplástia y posteriormente una restitución del tránsito intestinal. En un futuro valorar la posibilidad de una perineoplástia con colaboración del servicio de cirugía plástica para mejorar la estética de los genitales externos.

DISCUSIÓN

En contexto de un traumatismo pélvico con compromiso pelvi-perineal se pueden presentar muchas dificultades derivadas

del amplio espectro de lesiones que pueden coexistir, siendo en su mayoría de difícil manejo. La contaminación puede ser el principal obstáculo, ya que cuando existe compromiso por lesión de la vagina y/o ano-recto se presentan focos de contaminación local con traslocación bacteriana de la flora habitual de estas estructuras anatómicas, lo que complica el manejo de lesiones de piel y partes blandas, y puede suponer un riesgo de infecciones sistémicas que desmejoren la recuperación de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica resultante del traumatismo. En este reporte de caso se presenta la necesidad de aislar y controlar los focos de contaminación, requiriendo de una derivación intestinal por colostomía en asa del sigmoide, medidas de contención local de las secreciones vaginales, uso prolongado de sonda uretrovesical, control con antibiótico terapia e higiene constante con curas y cambio de apósitos cada 12 horas. Es importante comprender que esta noxa va más allá del manejo instantáneo del traumatismo, sino más bien en el reto que supone una evolución satisfactoria.

CONCLUSIÓN

La importancia clínica y terapéutica de este reporte de caso se basa en el manejo multidisciplinario e intensivo de las lesiones iniciales y controlando las posibles complicaciones secundarias, para garantizar la adecuada evolución y una recuperación rápida. El seguimiento posterior al egreso es igual de importante porque nos corresponde devolver un paciente a la sociedad como un ente funcional en todas las esferas. Este es un caso en el cual la paciente en cuestión se encuentra en un proceso de reintegración a su vida cotidiana, con un plan de evolución a futura con una adecuada proyección.

Conflicto de Intereses y Financiación

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

Aprobación Ética: Todos los procedimientos realizados en estudios con participantes humanos fueron de acuerdo con los estándares éticos del comité de investigación institucional y/o nacional y con la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o estándares éticos comparables

Consentimiento Informado: Se obtuvo el consentimiento informado de la participante incluida en el estudio.

REFERENCIAS

1. Patrizio Petrone, Wilson Rodríguez Velandia, Jana Dziaková, Corrado P Marini, Tratamiento del trauma perineal complejo. Revisión de la literatura, Cirugía Española, Volume 94, Issue 6, 2016, ISSN 0009-739X, https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.11.010.
2. Mohamed, A., Tohamy, T., Saad Kamel, D., Allah, M. Trauma perineal y lesiones del esfínter anal: Resultados del tratamiento en la Unidad de Urgencias de la Universidad de Minia. Revista Minia de Investigación Médica, 2022; 33(2): 62-72. doi: 10.21608/mjmr.2022.252253
3. Hernández-Tiria María Camila, Navarro-Devia Antonio José, Osorio-Ruiz Ana María. Lesión vulvar y perineal secundaria a trauma pelviperineal complejo: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2015 Dec [cited 2025 Aug 02] ; 66(4): 297-305.
4. Coccolini, F., Stahel, PF, Montori, G. et al. Trauma pélvico: clasificación y directrices de la WSES. World J Emerg Surg 12 , 5 (2017). https://doi.org/10.1186/s13017-017-0117-6
5. Tullington JE, Blecker N. Pelvic Trauma. [Updated 2023 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556070/
6. Clark NM, Maine RG. Evaluation and Management of Traumatic Rectal Injury. Clin Colon Rectal Surg. 2023 Dec 21;37(6):411-416. doi: 10.1055/s-0043-1777666. PMID: 39399134; PMCID: PMC11466522.
7. Urological Trauma. (s/f). EAU Guidelines on. Cloudfront. net. Recuperado el 26 de febrero de 2026, de https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Trauma-2025