



Figura 37.11 Este adolescente sufrió una herida de bala en las nalgas con una supuesta lesión del recto. Se sometió a una sigmoidoscopia seguida de una colostomía de derivación. Varios días después de la operación, se realizó este estudio con contraste que reveló la extravasación (flecha) de la lesión rectal.

ano y estrecha el hiato anorrectal. Debido al mayor riesgo de recurrencia con los abordajes sagitales posteriores perianales, preferimos realizar una rectopexia laparoscópica cuando las medidas conservadoras fracasan.³⁶ Generalmente realizamos la fijación quirúrgica más radical si dos intentos de escleroterapia han resultado insatisfactorios.

Traumatismo rectal

El traumatismo rectal en pacientes pediátricos generalmente ocurre por uno de dos mecanismos. El primero es el de un traumatismo penetrante después de una herida por un empalamiento accidental o, en ocasiones, un disparo (fig. 37.11). El segundo, y más frecuente, se produce como resultado de un abuso sexual. La presentación clínica más frecuente es la de una laceración estrellada crónica del ano con edema (fig. 37.12). Los condilomas perianales son secuelas frecuentes en los casos de abuso sexual. Un interrogatorio cuidadoso puede revelar que un miembro masculino de la familia inmediata tiene condilomas penianos. Sin embargo, el 25% de los hombres que son portadores del virus del papiloma en la uretra no tienen signos externos de la enfermedad.^{45,46}

Al paciente con una lesión accidental en el ano se le suele ver inmediatamente después del accidente. Se sospecha de abuso sexual cuando se aclara una historia incongruente del mecanismo de la lesión o el paciente tarda en presentarse. Al igual que en otras formas de abuso sexual, a menudo es difícil obtener una anamnesis adecuada de la víctima debido al temor, las amenazas de represalias o la culpa. Las lesiones inexplicables en el recto deben considerarse una manifes-



Figura 37.12 Este niño fue víctima de abuso sexual crónico y muestra las típicas laceraciones estrelladas de la mucosa anal y la piel.



Figura 37.13 Este niño de 14 años sufrió una lesión a horcajadas tras caer de un trampolín. Fue preciso examinarlo bajo anestesia. Las lesiones perineales y rectales se cerraron en capas sin necesidad de colostomía.

tación de abuso sexual hasta que se demuestre lo contrario y deben investigarse a través de las autoridades de servicios sociales competentes.⁴⁷

El niño que tiene una lesión rectal traumática suele ser difícil de explorar. Una lesión por empalamiento suele requerir un tacto rectal y/o una sigmoidoscopia bajo anestesia general (fig. 37.13). Esto permite una evaluación completa de la lesión y también un tratamiento quirúrgico apropiado si es necesario. Deben obtenerse fotografías para registrar la lesión con fines médico-legales. Debe realizarse una uretrografía retrógrada y/o una cistouretrografía miccional cuando se sospeche una lesión en la vía urinaria inferior.

Aunque el tratamiento de las lesiones rectales penetrantes puede requerir una colostomía de derivación, el requisito de la derivación fecal está determinado por el lugar y la gravedad de la lesión.⁴⁸⁻⁵⁰ En caso de duda, debe desviarse el chorro fecal para evitar las consecuencias de la infección perineal. Las lesiones rectales intraperitoneales aisladas pueden tratarse con una reparación primaria en determinados pacientes. Las lesiones rectales extraperitoneales distales inaccesibles o graves deben tratarse mediante una derivación fecal.⁵¹ Aunque ya no se considera obligatorio el drenaje presacro, el cirujano debe

hacer todo lo posible por desbridar completamente las heridas complejas y debe seguir utilizándose el drenaje presacro cuando sea necesario.

Las lesiones accesibles en el recto distal y el conducto anal pueden repararse con la intención de volver a aproximar el mecanismo muscular del esfínter subyacente y la mucosa superpuesta. En el caso de la víctima que presenta una laceración aguda que se extiende hacia arriba por la pared rectal, rara vez es necesario realizar una colostomía de derivación, porque estas laceraciones no suelen ser de espesor completo. Sin embargo, a los pacientes con lesiones de espesor completo se les debe tratar mediante la reparación y la colostomía de derivación.

Cuando se presentan, el tratamiento de los condilomas depende de la extensión de la enfermedad. Aunque las lesiones pequeñas pueden responder a aplicaciones repetidas de sustancias tóxicas como la podofilina o el imiquimod, las lesiones más extensas requieren escisión o fotocoagulación con un láser de dióxido de carbono.⁵² El interferón intralesional puede ser un complemento útil en las enfermedades recurrentes.

El tratamiento del abuso sexual implica la interrupción de la pauta de abuso. Es obligatorio consultar inmediatamente a los servicios de protección de la infancia o al equivalente local.

Bibliografía

- Fitzgerald RJ, Harding B, Ryan W. Fistula-in-ano in childhood: a congenital etiology. *J Pediatr Surg*. 1985;20:80-81.
- Rosen NG, Gibbs DL, Soffer SZ, et al. The nonoperative management of fistula-in-ano. *J Pediatr Surg*. 2000;35:938-939.
- Serour F, Gorenstein A. Characteristics of perianal abscess and fistula-in-ano in healthy children. *World J Surg*. 2006;30:467-472.
- Juth Karlsson A, Saló M, Stenström P. Outcomes of various interventions for first-time perianal abscesses in children. *Biomed Res Int*. 2016;2016:9712854.
- Stites T, Lund DP. Common anorectal problems. *Semin Pediatr Surg*. 2007;16:71-78.
- Afs, arlar CE, Karaman A, Tanir G, et al. Perianal abscess and fistula-in-ano in children: clinical characteristic, management and outcome. *Pediatr Surg Int*. 2011;27:1063-1068.
- Cârâna ET, Gheonea DI, Saftoiu A. Advances in endoscopic ultrasound imaging of colorectal diseases. *World J Gastroenterol*. 2016;22:1756-1766.
- Poenaru D, Yazbeck S. Anal fistula in infants: etiology, features, management. *J Pediatr Surg*. 1993;28:1194-1195.
- Ross ST. Fistula in ano. *Surg Clin North Am*. 1988;68:1417-1426.
- al-Salem AH, Laing W, Talwalker V. Fistula-in-ano in infancy and childhood. *J Pediatr Surg*. 1994;29:436-438.
- Inoue M, Sugito K, Ikeda T, et al. Long-term results of seton placement for fistula-in-ano in infants. *J Gastrointest Surg*. 2014;18:580-583.
- Kouchi K, Takenouchi A, Matsuoka A, et al. Efficacy of an anal fistula plug for fistulas-in-ano in children. *J Pediatr Surg*. 2017;52:1280-1282.
- de Groof BJ, Cabral VN, Buskens CJ, et al. Systematic review of evidence and consensus on perianal fistula: an analysis of national and international guidelines. *Colorectal Dis*. 2016;18:119-134.
- Cohen A, Dehn TC. Lateral subcutaneous sphincterotomy for treatment of anal fissure in children. *Br J Surg*. 1995;82:1341-1342.
- Lambe GE, Driver CP, Morton S, et al. Fissurectomy as a treatment for anal fissures in children. *Ann R Coll Surg Engl*. 2000;82:254-257.
- Joda AE, Al-Mayoof AE. Efficacy of nitroglycerine ointment in the treatment of pediatric anal fissure. *J Pediatr Surg*. 2017.
- Nelson RL, Thomas M, Morgan J, et al. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; CD003431.
- Lin JX, Krishna S, Su B, Hill AG. Optimal dosing of botulinum toxin for treatment of chronic anal fissure: a systematic review and meta-analysis. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:886-894.
- Sweeney JL, Ritchie JK, Nicholls RJ. Anal fissure in Crohn's disease. *Br J Surg*. 1988;75:56-57.
- Strong SA. Perianal Crohn's disease. *Semin Pediatr Surg*. 2007;16:185-193.
- Casson DH, Eltumi M, Tomlin S, et al. Topical tacrolimus may be effective in the treatment of oral and perineal Crohn's disease. *Gut*. 2000;47:436-440.
- Fleshner PR, Schoetz DJ, Roberts PL, et al. Anal fissure in Crohn's disease: a plea for aggressive management. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:1137-1143.
- Bayer I, Myslovaty B, Picovsky BM. Rubber band ligation of hemorrhoids. Convenient and economic treatment. *J Clin Gastroenterol*. 1996;23:50-52.
- Grossmann O, Soccorso G, Murthi G. LigaSure Hemorrhoidectomy for symptomatic hemorrhoids: first pediatric experience. *Eur J Pediatr Surg*. 2015;25:377-380.
- Campbell AM, Sugarman I. Does painless rectal bleeding equate to a colonic polyp? *Arch Dis Child*. 2017;102:1049-1051.
- Gence A, Sahin C, Celayir AC, et al. Primary Burkitt lymphoma presenting as a solitary rectal polyp in a child. *Pediatr Surg Int*. 2008;24:1215-1217.
- Zhang X, Beneck D, Bostwick HE, et al. Primary Burkitt-like lymphoma presenting as a solitary rectal polyp in a child: case report. *Pediatr Dev Pathol*. 2003;6:182-186.
- Bollen P, Bourgain C, Van Berlaer G, et al. Non-Hodgkin lymphoma presenting as a solitary rectal polyp. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2000;31:193-194.
- Fishman SJ, Shamberger RC, Fox VL, et al. Endorectal pull-through abates gastrointestinal hemorrhage from colorectal venous malformations. *J Pediatr Surg*. 2000;35:982-984.
- Severijnen R, Festen C, van der Staak F, et al. Rectal prolapse in children. *Neth J Surg*. 1989;41:149-151.
- Corman ML. Rectal prolapse in children. *Dis Colon Rectum*. 1985;28:535-539.
- Park RW, Grand RJ. Gastrointestinal manifestations of cystic fibrosis: a review. *Gastroenterology*. 1981;81:1143-1161.
- Zempsky WT, Rosenstein BJ. The cause of rectal prolapse in children. *Am J Dis Child*. 1988;142:338-339.
- Seenivasagam T, Gerald H, Ghassan N, et al. Irreducible rectal prolapse: emergency surgical management of eight cases and a review of the literature. *Med J Malaysia*. 2011;66:105-107.
- El-Chammas KI, Rumman N, Goh VL, et al. Rectal prolapse and cystic fibrosis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015;60:110-112.
- Cares K, El-Baba M. Rectal prolapse in children: significance and management. *Curr Gastroenterol Rep*. 2016;18:22.
- Fahmy MA, Ezzelarab S. Outcome of submucosal injection of different sclerosing materials for rectal prolapse in children. *Pediatr Surg Int*. 2004;20:353-356.
- Schey T, Vanneville G, Marouby D, et al. Total rectal prolapse in children. Diagnostic and therapeutic trends. Statistics apropos of 52 cases. *J Chir (Paris)*. 1996;133:16-19.
- Hight DW, Hertzler JH, Philippart AI, et al. Linear cauterization for the treatment of rectal prolapse in infants and children. *Surg Gynecol Obstet*. 1982;154:400-402.
- Sander S, Vural O, Unal M. Management of rectal prolapse in children: Ekehorn's rectosacropexy. *Pediatr Surg Int*. 1999;15:111-114.
- Tsugawa C, Matsumoto Y, Nishijima E, et al. Posterior plication of the rectum for rectal prolapse in children. *J Pediatr Surg*. 1995;30:692-693.
- Tsugawa K, Sue K, Koyanagi N, et al. Laparoscopic rectopexy for recurrent rectal prolapse: a safe and simple procedure without a mesh prosthesis. *Hepatogastroenterology*. 2002;49:1549-1551.
- Koivusalo AI, Pakarinen MP, Rintala RJ. Rectopexy for paediatric rectal prolapse: good outcomes but not without postoperative problems. *Pediatr Surg Int*. 2014;30:839-845.
- Ashcraft KW, Amoury RA, Holder TM. Levator repair and posterior suspension for rectal prolapse. *J Pediatr Surg*. 1977;12:241-245.
- Park IU, Introcaso C, Dunne EF. Human papillomavirus and genital warts: a review of the evidence for the 2015 centers for disease control and prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clin Infect Dis*. 2015;61(suppl 8):S849-S855.
- Rosenberg SK, Husain M, Herman GE, et al. Sexually transmitted papillomaviral infection in the male: VI. Simultaneous urethral cytology-ViraPap testing of male consorts of women with genital human papillomaviral infection. *Urology*. 1990;36:38-41.
- Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, et al. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2013;37:465-474.