

Estenosis rectal por trauma sexual: reporte de caso y revisión de la literatura

Rectal stenosis by sexual trauma: case report and literature review

Edwin A. Báez Ariza, MD,¹ Abraham Kestenberg, MD.²

RESUMEN

Las prácticas eróticas anorrectales han venido tomando auge, sin embargo, aún son vistas como una curiosidad cuando los pacientes son tratados en las instituciones de salud con cuerpos extraños retenidos en el recto o con complicaciones relacionadas con las mismas. Se presenta el caso de un paciente heterosexual, con estenosis del recto distal, producida por trauma a repetición, secundaria a la introducción del puño de su pareja con fines eróticos. Adicionalmente se revisa la literatura disponible sobre el tema.

Palabras clave

Estenosis rectal, trauma anorrectal.

SUMMARY

Anorectal erotic practices have increased lately, nevertheless, it is still considered unusual when patients treated in health facilities are found with foreign objects retained in the rectum or when patients have related complications. The following is a case of a heterosexual patient with distal rectal stenosis produced by secondary trauma due to the repeated insertion of his couple's fist for erotic purposes. There is also a review of the available literature on the subject.

KEY WORDS

Rectal stenosis, anorectal trauma.

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años de sexo masculino, casado, quien inició prácticas de estimulación erótica anal. Inicialmente su pareja le introducía un dedo y en varias sesiones y en forma progresiva le fue introduciendo todos los dedos hasta que un día, un mes antes de la consulta le introdujo todo el puño. Ese día el paciente presentó hematoquecia leve y proctal-gia moderada. A partir de ese día empezó a presentar constipación progresiva, con heces acintadas y gran dificultad defecatoria, lo que lo obligó a consultar. Al examen se encontró un adulto sano con un examen físico y un tacto rectal totalmente negativos. Se rea-

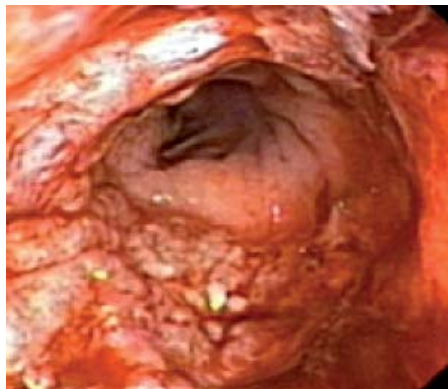
lizó una colonoscopia evidenciándose una estenosis central a 10 cm del borde anal (figura 1). Las biopsias reportaron tejido de granulación. No fue posible avanzar proximalmente. Adicionalmente se realizó un colon por enema que demostró la existencia del área estenótica de segmento corto. En una nueva cita y previa preparación de colon se realizó dilatación con balón (balón hidroneumático Wilson Cook QDC-20X5.5). Fácilmente se progresó el balón y después de inflarlo hasta 50 PSI se dilató la estenosis pudiendo a continuación pasar el colonoscopio hasta el ciego (figura 2). El paciente se recuperó sin problemas e inmediatamente empezó a realizar evaluaciones completas y satisfactorias.

¹ Especialista en Coloproctología, Profesor de Cirugía Universidad Industrial de Santander, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Clínica Carlos Ardila Lulle - Clínica Bucaramanga, Bucaramanga, Santander.

² Profesor de Cirugía de Colon y Recto Universidad del Valle. Especialista en Coloproctología, Coordinador del Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia
Fecha recibido: 31-07-07 / Fecha aceptado: 23-10-07



a
Figura 1. Estenosis rectal.



b
Figura 2. Imagen post dilatación.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

El trauma anorrectal relacionado con la introducción de cuerpos extraños en el recto ha producido revisiones amplias y detalladas en la literatura mundial, además de reportes de casos raros y curiosos en la medida en que estas prácticas sexuales se han venido popularizando en parejas heterosexuales y con mayor frecuencia en parejas homosexuales. Estas revisiones se relacionan con el trauma anorrectal como un evento agudo con lesiones por perforación del recto y sepsis abdominopélvica asociada, obstrucciones intestinales y sangrados pero en general el trauma por sexo anal receptivo no coital ocupa un espacio pequeño en los estudios sobre trauma anorrectal (14).

Se han descrito desde hace mucho tiempo prácticas sexuales relacionadas con el uso de enemas como estimulantes conocidas como “deportes acuáticos” (3) y muerte por perforaciones rectales asociadas con esta práctica (4, 9) y otras que también incluyen la

introducción de cuerpos extraños o, más raramente detectado, introducción del puño de la pareja tanto por el recto (10, 11) como por la vagina, esta última con informes también de mortalidad asociada a perforaciones y sangrado masivo (13).

La frecuencia de las prácticas sexuales “poco comunes” en nuestro medio es desconocida. Alguna aproximación se puede obtener de la estadística australiana (2). En ella, en una muestra de más de 19.000 pacientes el 12% de los hombres y el 14% de las mujeres habían utilizado un juguete sexual. Más revelador aún es que el 17% de los hombres y el 14% de las mujeres habían tenido estimulación anorrectal digital con su compañero sexual.

En el Reino Unido, en el estudio de Sexo en hombres gay, se ha encontrado que la frecuencia de *fisting* es del 12,8% en los 12 meses previos. Estos sujetos fueron más proclives a las prácticas sexuales no protegidas (70,7%) que aquellos que no participaron del *fisting* (50,7%) (6).

La literatura relacionada con lesiones anorrectales por introducción del puño en el interior del recto (*fist fornication* o *fisting*) es escasa. Una de las escasas revisiones sobre este tema específico se publicó en 1977 (1). En ella se encontró que el porcentaje de lesiones significativas por introducción del puño durante el acto sexual era sólo del 5%, sin embargo, de los pacientes con trauma sexual por *fisting* un 40% presentaba abdomen agudo por lesiones de espesor total en el recto requiriendo laparotomía para su manejo.

Algunos estudios e informes de casos más recientes relacionan esta práctica sexual con homo y bisexuales que encuentran pareja sexual en internet (8) y pacientes VIH positivos con actividades homosexuales asociadas al uso de drogas como metanfetaminas, éxtasis, cocaína, ketamina y *poppers* (5). En este grupo de pacientes que se presentaron con abdomen agudo por perforaciones colorrectales parece ser una constante la sensación de dolor intenso y sonido de estallido o desgarro (descrito como “pop”) en el momento de la perforación, con aparición posterior de hematoquecia rutilante y abundante. El

momento de la consulta después de la perforación es variable y puede retrasarse por vergüenza, temor a la estigmatización o ignorancia sobre la seriedad de los síntomas (7).

Las estenosis rectales benignas pueden producirse debido a infecciones, enfermedad intestinal inflamatoria, cambios isquémicos, supositorios de AINES, tratamientos con radioterapia, en la línea de grapas de anastomosis colorectales o coloanales confeccionadas con grapadoras y secundarias a trauma. En general, cualquier factor que produzca cicatrización en la pared del recto puede producir estenosis anorrectal (12).

En este caso el trauma a repetición y progresivo que se produjo en el interior del recto terminó por producir la estenosis. El mecanismo de esta complicación pudo ser la sobredistensión rectal pero parece más plausible que el daño mecánico con laceraciones sucesivas, causado por las uñas produjo la estenosis concéntrica corta. Ésta, por el corto tiempo de evolución no tenía tanta fibrosis lo que permitió que fuera fácilmente dilatable.

En conclusión podemos decir que la práctica de la fornicación con el puño es relativamente rara. La complicación más frecuentemente asociada es la perforación con peritonitis. Una complicación aún más rara es la estenosis, que puede ser manejada exitosamente con dilataciones mecánicas. Este es, de acuerdo a la revisión de la literatura, el primer reporte de estenosis anorrectal asociada a trauma de recto por *fisting*.

REFERENCIAS

1. Sohn N, Weinstein MA, Gonchar J. Social injuries of the rectum. *Am J Surg* 1977; 134: 611-612.
2. Richter J, Grulich AE, de Visser RO, Smith AM, Rissel CE. Sex in Australia: autoerotic, esoteric and other sexual practices engaged in by a representative sample of adults. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27(2): 180-90.
3. Marino A, Manzini H. Anal eroticism. *Surg Clin NA* 1978; 58(3): 513-18.
4. Witz M, Shpitz B, Zager M, Eliashiv A, Dinbar A. Anal erotic instrumentation. A surgical problem. *Dis Colon Rectum* 1984; 27(5): 331-2.
5. Cohen C, Giles A, Nelson M. Sexual trauma associated with fisting and recreational drugs. *Sex Transm Infect* 2004; 80: 469-470.
6. Hickson F, Weatherburn P, Reid D, et al. Out and about: findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2002. London: Sigma Research, December 2003.
7. Spears K, Hutson H, Atluri S. Rectal perforation following manual-anal intercourse. *Acad Emerg Med* 1995; 2: 852-3.
8. Mettey A, Crosby R, DiClemente R, Holtgrave D. Association between internet sex seeking and STI associated risk behaviors among men who have sex with men. *Sex Transm Inf* 2003; 79: 466-468.
9. Agnew J. Hazards associated with anal erotic activity. *Arch Sex Behav* 1986; 15(4): 307-314.
10. Orr C, Clark M, Hawley D, Pless J, Tate L, Fardal P. Fatal anorectal injuries: a series of four cases. *J Forensic Sci* 1995; 40(2): 219-21.
11. Reay D, Eisele J. Sexual abuse and death of an elderly lady by "fisting". *Am J Forensic Med Pathol* 1983; 4(4): 347-9.
12. Garcea G, Sutton CD, Lloyd TD, Jameson J, Scott A, Kelly MJ. Management of benign rectal strictures: a review of present therapeutic procedures. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1451-1460.
13. Fain DB, McCormick GM. Vaginal "fisting" as a cause of death. *Am J Forensic Med Pathol* 1989; 10(1): 73-5.
14. Cleary R, Pomerantz R, Lampman R. Colon and Rectal Injuries. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1203-1222.