

XXIV Jornada Científica Provincial en Ciencias de la información en Salud.

Malformación anorrectal con fístula rectovesical: a propósito de un caso

Anorectal malformation with rectovesical fistula: report of a case

Autores

Jose Raul Arenas Mulet ¹

Danilo Taño Tamayo ¹

Ronaldo Fabián Martínez Monzon ¹

MsC. Pedro Rafael Martínez Lozada. Universidad de Ciencias Médicas

Dr Ernesto Benítez Cedeño. Especialista en 1er Grado MGI. Hospital Clínico Quirúrgico

Holguín Dr. Robert Tellez Coello. Especialista en anestesiología Hospital Pediátrico

Holguín

1. Estudiante de Medicina de Cuarto Año. Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Coello" . Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín, Cuba.

RESUMEN

El ano imperforado es uno de los defectos estructurales del tubo digestivo más frecuentes. En octubre de 1980 se practica la técnica de anorrectoplastia sagital posterior por primera vez en el tratamiento primario de las anomalías anorrectales altas y se logra una buena continencia. Se presentó el caso clínico de un transicional masculino de 13 meses de edad que con malformación anorrectal con fístula rectovesical por lo cual se le realizó en la etapa de recién nacido sigmoidostomía derivativa con estroma único con puente de piel y al que posteriormente se le realizó tratamiento quirúrgico correctivo mediante anorrectoplastia sagital posterior. La presentación clínica de este caso ofreció la descripción de uno de los defectos estructurales del tubo digestivo más frecuentes en la infancia, la comprobación de la efectividad del abordaje sagital posterior y demostró que cada vez estos pacientes son intervenidos en edades más tempranas.

Palabras clave: Ano imperforado; Fístula; Colostomía; Malformaciones anorrectales.

ABSTRACT

Imperforate anus is one of the most common structural defects of the digestive tract. In October 1980 the technique of posterior sagittal anorectoplasty was practiced for the first time in the primary treatment of high anorectal anomalies and good continence was achieved. We presented the clinical case of a 13-month-old male transitional patient with anorectal malformation with rectovesical fistula, for which derivative sigmoidostomy with single stroma with Skin Bridge was performed in the newborn stage and who was subsequently treated for corrective surgery by posterior sagittal anorectoplastia. The clinical presentation of this case offered the description of one of the most frequent structural defects of the digestive tract in childhood, the verification of the effectiveness of the posterior sagittal approach and demonstrated that each time these patients are operated on at younger ages.

Keywords: Anorectal malformations; Fistula; Colostomy; Imperforate anus.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones anorrectales son anomalías congénitas que interrumpen parcial o totalmente la continuidad de la porción terminal del tubo digestivo o modifican su topografía. Son el resultado de un desarrollo anormal de la parte terminal del tubo digestivo que interesa el ano y/o el recto que se presentan tempranamente entre la sexta y décima semana de desarrollo embrionario. ⁽¹⁾

Llevan un espectro de malformaciones de severidad dependiendo del nivel de disrupción del canal anorrectal y de los asociados. Se encuentran entre las anomalías quirúrgicas congénitas más frecuentes del tracto digestivo. ⁽¹⁾

Las malformaciones congénitas constituyen la segunda causa de muerte en menores de un año, ⁽²⁻⁵⁾ a su vez, las del sistema digestivo son las segundas causantes de mayor mortalidad, solo superadas por las malformaciones del sistema cardiovascular. ⁽²⁾

La imperforación anorrectal, dado lo fácil de su diagnóstico con solo examinar la región anal, es una afección conocida, de la cual se tienen reportes desde hace por lo menos 13 siglos. ⁽⁴⁾

El ano imperforado es uno de los defectos estructurales del tubo digestivo más frecuentes pues se estima, en países que han podido establecer este dato, que existe

un caso por cada 1,000 a 5,000 recién nacidos vivos; según la región, el número puede ser mayor o menor. ^(3,5)

Cerca de la mitad de los casos se acompaña de anomalías asociadas siendo las urogenitales, las de la columna vertebral, cardíacas, del esófago y de los riñones, las más comunes. ⁽³⁾ El defecto más común en varones es el ano imperforado con fístula recto-uretral; en cambio, en las hembras, es la fístula recto-vestibular. ⁽⁶⁾ Es más común en los varones ^(3,6,7) y predominan ligeramente las anomalías que requieren colostomía al nacimiento. ⁽³⁾

En términos generales, la enfermedad se clasifica como ano imperforado alto y ano imperforado bajo con base en su relación con el músculo elevador del ano. ^(3-5,8)

Aunque la imperforación anal fue descrita por médicos griegos, romanos y árabes en los primeros períodos de la historia, no fue hasta el siglo VII en que Pablo Agegineta informa el primer método de tratamiento que consistía en pasar un bisturí por el periné y dilatar la abertura con bujías. ^(8,9)

En 1710, Litré introduce la colostomía como tratamiento inicial en esta afección. En 1880 McLead plantea la vía abdominoperineal. Ya en la segunda mitad del pasado siglo se practica la vía sacroperineal de Stephens y la vía sacroabdominoperineal de Kiesewetter. Todas estas técnicas llevan un procedimiento ciego para descender el bolsón rectal, por lo que se obtienen resultados no satisfactorios en muchos de los casos. ^(8,9)

En octubre de 1980, Alberto Peña et al. practican la técnica de anorrectoplastia sagital posterior por primera vez en el tratamiento primario de las anomalías anorrectales altas, en la cual descienden el extremo rectal ciego bajo visión directa a través del “complejo muscular” esfinteriano y logran una buena continencia. ⁽⁴⁾

Recientemente, en mayo de 2005, la Conferencia Internacional para el Desarrollo de Estándares para el Tratamiento de Malformaciones Anorrectales en el Castillo de Krickenbeck, Alemania, acordó un consenso en cuanto al tratamiento de estas afecciones. ⁽¹⁾

Debido a la importancia que poseen las malformaciones como segunda causa de muerte y a lo relevante que es el tratamiento quirúrgico correctivo mediante anorrectoplastia sagital posterior, se realizó el presente estudio con el objetivo de

describir el caso clínico con imperforación anal con fístula recto-vesical atendido en el Hospital Pediátrico Universitario de Holguín ‘Octavio de la Concepción y de la Pedraja’.

OBJETIVO

Objetivo General:

Describir el caso clínico con imperforación anal con fístula recto-vesical atendido en el Hospital Pediátrico Universitario de Holguín “Octavio de la Concepción y de la Pedraja”.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de ingreso: malformación anorrectal para tratamiento quirúrgico.

Historia de la enfermedad actual: Transicional de 13 meses de edad, de la raza blanca, procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de malformación anorrectal con fístula rectovesical al que se le realizó sigmoidostomía derivativa con estroma único con puente de piel en la etapa de recién nacido, a las 4 a 8 semanas se debió realizar anorrectoplastia sagital posterior pero debido a que el paciente se encontraba inestable la cirugía se ha derivado hasta ahora. En estos momentos se encuentra en óptimas condiciones para realizar tratamiento quirúrgico definitivo.

Antecedentes Patológicos Personales: Malformación anorrectal con fístula rectovesical

Antecedentes Patológicos Familiares: no refiere

Datos positivos al examen físico:

A la inspección del abdomen se observa colostomía con puente de piel en fosa iliaca izquierda sin signos de complicación (funcional). En la región perineal se observa ano imperforado con presencia de huella anal con buen desarrollo glúteo.

Valoración nutricional:

Peso/Talla: <3 percentil (Probablemente desnutrido)

Peso/Edad: 50-75 percentil (Normal o típico)

Talla/Edad: >97 percentil (Alta talla para la edad)

Complementarios

Tabla 1. Resultado de los complementarios.

Complementarios	Resultados
-----------------	------------

Hemograma Completo	Hemoglobina: 100g/l Leucocitos $7 \times 10^9/l$ Polimorfonucleares 0,44 Linfocitos 0,50 Monocitos 0,04 Eosinófilos 0,02
Coagulograma Completo	Tiempo de sangramiento 1 min Tiempo de coagulación 7 minutos Coágulo retractsil Conteo de plaquetas $280 \times 10^9/l$ Tiempo de protrombina 12 ± 4 Tiempo de tromboplastina 13
Glicemia	3 mmol/l
TGP	26U/l
Fosfatasa Alcalina	788U/l

Fuente: Historia Clínica.

Al cumplir el paciente los requisitos necesarios para la realización de tratamiento quirúrgico correctivo se realiza anorrectoplastia sagital posterior.

En el preoperatorio inmediato se indicó Cefoxitina y se colocó una sonda uretral que se mantuvo por un día posoperatorio.

Con el paciente en decúbito prono y elevación de la cadera, previa antisepsia de la región, se realizó una incisión sacra media que se extiende hasta la huella anal sin seccionarla ni abrir el complejo muscular esfinteriano en su totalidad. Se incidió por planos hasta encontrar el extremo distal ciego del recto.

Se seccionaron todas las bandas y pequeños vasos que dificultaban el descenso rectal al traccionar el mismo. Se identificó el peritoneo y el fondo de saco rectovesical que se rechazó hacia arriba para obtener una buena elongación del recto.

Bajo visión directa se identificó el mecanismo esfinteriano formado por un gran complejo muscular donde se integran diferentes músculos de la región; se hizo coincidir el recto por el centro de la contracción muscular después de realizar una incisión

vertical al nivel de la piel de la fosita anal y donde el uso del electroestimulador de corriente demostró la convergencia de la contracción muscular del mecanismo esfinteriano.

Con 3 puntos se unieron los músculos por delante del recto, se colocó después en este lecho y se pasó por el hiato anal. De igual forma se dió el plano muscular posterior y se tomó con algunas puntadas la pared muscular del recto para evitar retracción posterior.

Para la corrección de la fístula rectovesical se situaron varios puntos de seda fina para levantar la mucosa rectal inmediatamente por encima de la fístula; de esta forma se continuó la separación de las estructuras vecinas íntimamente en contacto con la pared del recto. Luego se cerró el orificio fistuloso con sutura reabsorbible.

No existieron complicaciones durante el procedimiento quirúrgico.

La alimentación comenzó a las 4 horas posoperatorias y se indicó Paracetamol suspensión (100mg/ml) 15mg/kg cada 6 horas.

Se explicó a los padres del paciente que el control fecal puede demorar hasta 10 años y que en las consultas posteriores se estaría evaluando el grado de continencia fecal teniendo en cuenta la capacidad para no defecarse cuando hay diarreas o heces duras, controlar el paso de gases, no uso de medicamentos y laxantes para controlar la defecación, ausencia de heces en la ropa interior y sensación rectal (método evaluativo de continencia de Kelly).

Se instruyó a los padres en los beneficios de enseñar al niño a defecar a una hora determinada después de los alimentos, evitar los alimentos con efecto laxante, administrar alimentos con residuos y evitar el estreñimiento y el impacto fecal.

Actualmente el paciente se encuentra vivo, no ha presentado ninguna complicación como resultado de la cirugía.

DISCUSIÓN

El beneficio del abordaje sagital posterior ha sido muy evidente para las malformaciones de buen pronóstico y para la reconstrucción anatómica de las malformaciones anorrectales más severas y con peores condiciones primarias, ⁽⁸⁾ esta fue la técnica empleada para corregir la malformación en el caso presentado.

En investigación realizada por Arango ME ⁽⁵⁾ la mayoría de los pacientes presentó fístulas y malformaciones asociadas. Las fístulas rectourinarias predominaron en las

imperforaciones altas, datos coincidentes con lo informado al respecto por Baeza-Herrera ⁽³⁾ y con el presente caso. Por otra parte, el caso presentado no mostró ninguna malformación asociada.

En un número elevado de pacientes fue requerida colostomía antes de la corrección definitiva del problema, ⁽³⁾ lo cual coincide con el caso presentado.

La intervención quirúrgica se realizó fundamentalmente en niños entre 2 y 3 años de edad para el 60% en estudio realizado por González-Pérez P et al., ⁽⁴⁾ sin embargo en el caso presentado la anorrectoplastia se realizó en un transicional de 13 meses demostrando que cada vez estos pacientes son intervenidos en edades más tempranas.

Una gran ventaja de la anorrectoplastia sagital posterior es la buena continencia que se logra; ⁽⁸⁾ resultado esperado en el presente caso.

CONCLUSIONES

El estudio realizado describe el caso clínico de imperforación anal con fístula rectovesical en un transicional de 13 meses, al cual en la etapa de recién nacido se le realizó una sigmoidostomía derivativa con estroma único con puente de piel, ofreciendo el seguimiento y resolución de uno de los defectos estructurales del tubo digestivo más frecuentes. Aportando resultados relevantes como la comprobación de la efectividad del abordaje sagital posterior y demostrando que cada vez estos pacientes son intervenidos en edades más tempranas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caryne Mboutol-Mandavo *et al.* Malformaciones anorrectales operadas en el Hospital Universitario de Brazzaville. Revista abierta de pediatría [online]. 2020, v.10, n. 2 [Accedido 16 Octubre 2022], pp 263-273. Disponible en: <https://doi.org/10.4236/ojped.2020.102027>
2. Cuba. Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Estadístico de Cuba. Año 2021 Enero-Diciembre 2021 [Internet]. La Habana: ONEI; 2021. [Citado 16/10/2022]. Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/node/18491>
3. Baeza-Herrera C, Rodríguez-Calderón RL, Villalobos-Castillejos A, Martínez-Leo BA, Portugal-Moreno VH. Ano Imperforado. Enfoque clínico-epidemiológico. Acta

- Pediátrica de México [Internet]. 2013 [citado 2022 Mar 11];34(2):55-58: [aprox.9p.]. Disponible en: <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/613>
4. González-Pérez PA, Llanes-Céspedes R, Hernández-Amador G. La anorrectoplastia sagital posterior en el tratamiento de la imperforación anal. Reporte preliminar. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 1990 [citado 2022 Mar 11];62(1):28-38: [aprox.9p.]. Diponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-88722>
 5. Arango María Elena, Múnera Duque Alejandro, Manotas Rafael. Experiencia en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl sobre el manejo quirúrgico de los pacientes con ano imperforado. Revdo. colombo. cir. [Internet]. 2005 [citado 2022 Mar 11];20(1):26-32: [aprox.9p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822005000100004&lng=en.
 6. República Dominicana. Ministerio de Salud. Protocolo para el Manejo de la Malformación anorrectal. [Internet]. Santo Domingo: Repositorio Institucional del Ministerio de Salud de República Dominicana; 2018. [citado 2022 Mar 11]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/906>
 7. S. Barrena Delfa, A.L. Luis Huertas. Malformaciones congénitas digestivas. Rev Pediatr Integral [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 11]; 23(6): 301-309. Disponible en: https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii06/04/n6-301-309_saturbarrena.pdf
 8. Heinen FL, Solana J, Baeliz M. Malformaciones anorrectales II: Ano imperforado con fístula recto urinaria. Rev. de Cir. Infantil 2 [Internet]. 1995 [citado 2022 Mar 11];5(3)67-72: [aprox.9p.]. Disponible en: <https://acacip.org.ar/revista-cirugia-infantil/indice-05/docs/050204.pdf>
 9. Martínez-García C, Mendoza-Navarro O, López-Sánchez R, Muñiz-Escarpanter J. Anorrectoplastia sagital posterior: nuestra experiencia en 8 casos. Rev. cuba. pediatr [Internet]. 1988 [citado 2022 Mar 11];60(1):79-85: [aprox.9p.]. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-cubana-de->

[pediatria/articulo/anorrectoplastia-sagital-posterior-nuestra-experiencia-en-8-casos](#)