

## MALFORMACIONES ANORECTALES

Dr. Mario Varela Guzmán

### Recomendaciones previas.

1.- Frente a todo Recién nacido en su examen general se deberá verificar la permeabilidad del Esófago, Anorecto, Vagina y Uretra.

En las 3 primeras con una sonda estéril y en la Uretra mirar el meato urinario o comprobar eliminación de orina.

Cuando el Anorecto está obstruido o comprueba la eliminación de deposiciones por otro orificio, está en presencia de una Malformación Anorectal

2.- La presencia de **meconio en el pañal 0 en el sedimento urinario** indica que la Malformación Anorectal presenta una Fístula desde el recto al exterior.

La ubicación de la Fístula puede cambiar según el sexo del paciente:

En el Varón se la puede encontrar en la vía urinaria (uretra, Próstata o Vejiga) o en Periné, En la Mujer se la puede encontrar en Vulva, Vagina o en Periné

3.- Cuando existe una **fistula rectourinaria** en el Varón, la conducta recomendada es el tratamiento en etapas y en el Recién Nacido corresponde la Etapa I: una COLOSTOMIA

4.- Cuando existe una **fistula rectogenital** en la mujercita, la conducta recomendada es el tratamiento en etapas y en el Recién nacido femenino corresponde a una **colostomía**

5.- Si la **fistula es rectoperineal** puede ser Varón o mujer y existe la opción de ser operado en un solo tiempo, efectuando un Abordaje perineal, sin Colostomía de protección. La decisión dependerá del grado de preparación que el centro quirúrgico tenga en esta patología.

6.- **Concepto de urgencia en malformaciones anorectales** En general la decisión de qué se va a hacer, debe estar tomada dentro de las 18 horas de nacido, pero el cuándo es relativo y va a depender de la presencia de una Obstrucción intestinal, si hay una Fístula rectourinaria o si la Fístula rectogenital o rectoperineal es suficiente o no.

En las primeras dos opciones recomendamos intervenir antes de las 48 horas Cuando la fístula rectogenital es suficiente recomendamos intervenir dentro de la primera hospitalización ya que esta suficiencia es transitoria, y la dificultad progresiva para evacuar va dilatando y perjudicando la funcionalidad del asa distal del recto para el futuro.

La Fístula rectoperineal es engañosa, algunas se presenta como suficiente, pero la dificultad para evacuar está siempre presente y va dañando silenciosamente al asa distal Por eso recomendamos operar antes del alta.

7.- **La ausencia de meconio en el pañal 0 en el sedimento urinario** puede significar que el recto termina en un fondo de saco ciego. Habrá que dilucidar si éste se encuentra a menos de 1 cm de la superficie ya que basta con un abordaje mínimo

por vía perineal en un solo tiempo. Si es mas de 1 cm necesita de una Colostomía en el Recién nacido y posteriormente en Etapas el tratamiento definitivo.

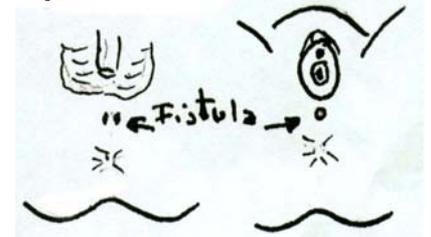
8.- La presencia de una **fístula rectourinaria** en el Varón, cualquiera sea el tipo de fístula, tiene siempre el riesgo de desarrollar una Sépsis de origen urinario y obliga a mantener una Profilaxis.

9.- La presencia de una **cloaca** en una Mujercita tiene siempre el riesgo de Sépsis de origen urinario y obliga a mantener una Profilaxis.

### Forma de reconocer los diferentes tipos de Malformación anorectal

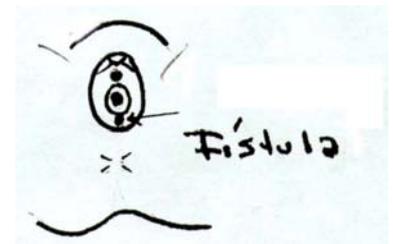
I- Tanto el hombre como la mujer pueden presentar **fístula recto perineal**

Se la reconoce por presentar la Foseta anal cerrada y hacia ventral se observa un Orificio de tamaño variable por donde sale Meconio. Ver esquema # 1



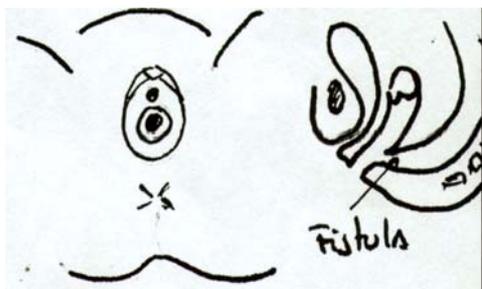
II- La Mujer puede presentar la **fístula rectovestibular**

Se la reconoce por tener la Foseta anal cerrada y la presencia de un orificio fistuloso entre la Horquilla vulvar y el Himen. Ver esquema # 2



III- La **fístula rectovaginal** se caracteriza por presentar Salida de Meconio por la vagina y el orificio fistuloso esta por detrás del Himen. Entonces la vulva solo tiene visible solo 2 orificios Uretra y Vagina.

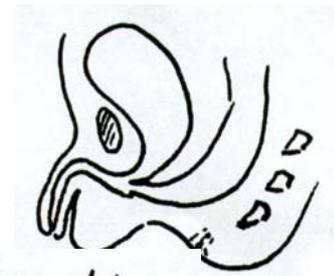
Ver esquema # 3



IV.- La **cloaca** se caracteriza por presentar. la uretra, la vagina y recto comunicados en un solo conducto por medio del cual desemboca en la superficie.

En estos casos solo se observa 1 orificio en la vulva por el que sale orina y meconio.

Ver esquema # 4



V.- LA **fístula rectourinaria en el varón** se sospecha por la eliminación de meconio en la orina.

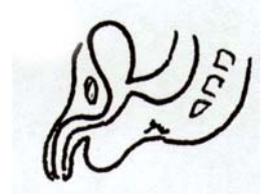
Se comprueba solo por exámenes radiológicos o en el acto quirúrgico.

Esquema # 5 muestra una Fístula rectouretral

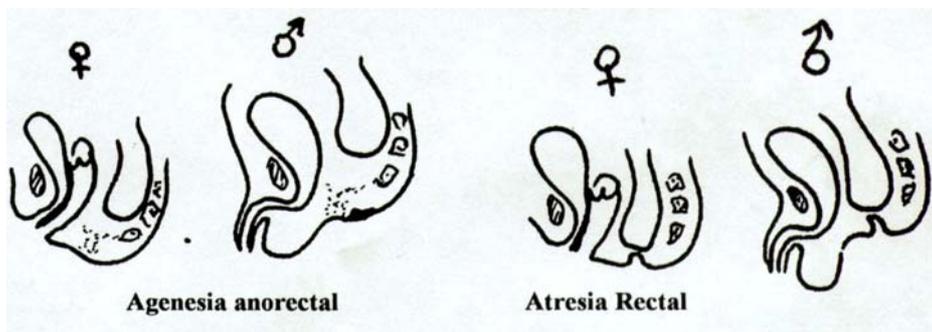
Esquema #6 muestra una Fístula rectoprostática



Esquema #7 muestra una Fístula rectovesical



VI- La **agenesia y la atresia anorectal** se presentan tanto en varones como en mujeres y no eliminan Meconio al exterior. El Intestino termina en un fondo de saco ciego, separado de la superficie por + de 1 cm  
Ver Esquema # 8



¿Cuándo recurrir a exámenes de apoyo para precisar el diagnóstico y con que exámenes se cuenta?. Que se espera de cada uno de ellos.  
En período de Recién Nacido inicial:

**ECOTOMOGRAFIA ABDOMINAL.** En todo recién nacido con una Malformación anorectal es recomendable efectuar una ECO abdominal nos informará del estado del árbol urinario y nos dirá si necesita de algún tipo de derivación externa. En alrededor de 15 a 20% de los RN se puede requerir como primer examen:

**EL INVERTOGRAMA** es necesario solo en aquellos pacientes que no eliminan meconio al pañal, es decir, que no tienen fístula; para diferenciar entre una AGENESIA y una Membrana anal se mide **la distancia** entre el fondo de saco y la piel Mayor de 1 cm se piensa en una Atresia, Agenesia o en algún tipo de rectourinaria con obstrucción de la fístula.

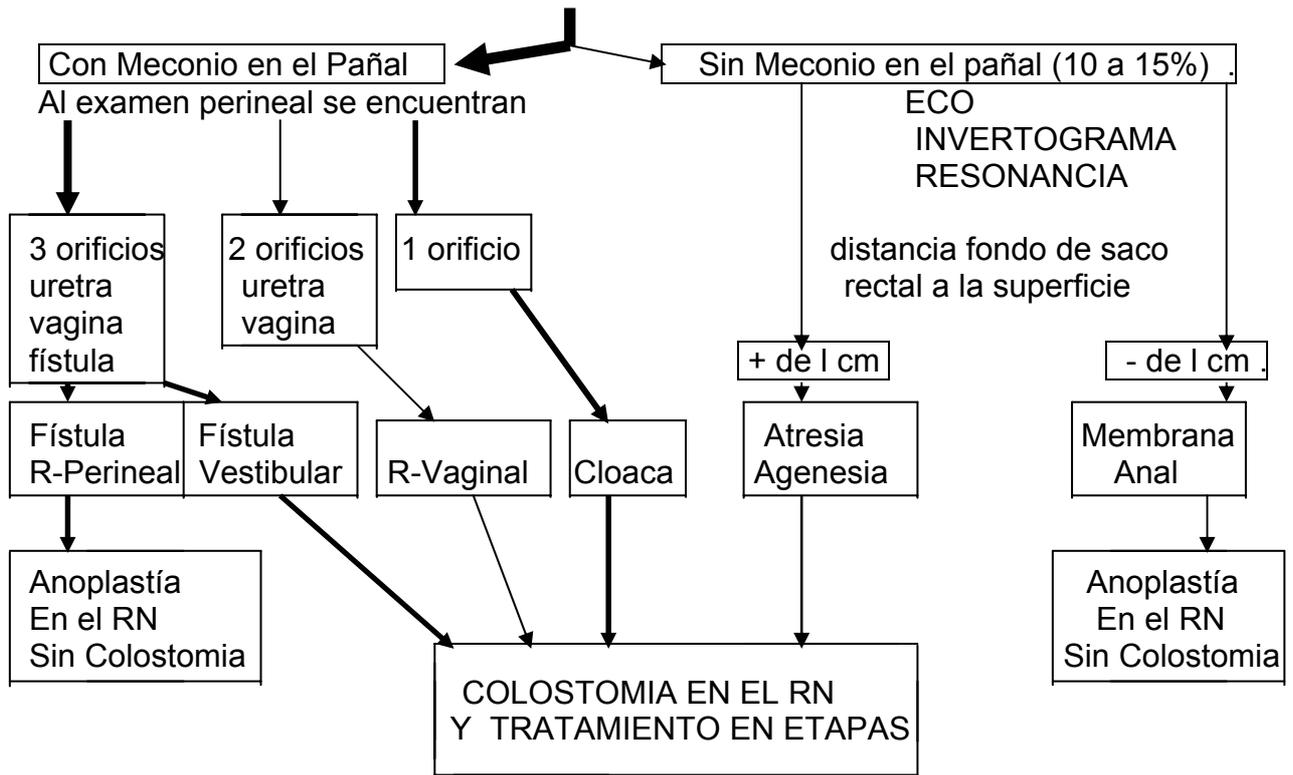
Es una Radiografía simple con el paciente en posición vertical pero invertido que pretende determinar el límite mas distal del recto (fondo de saco) utilizando el aire deglutido como medio de contraste; para ello no debe practicarse ante de las 12 a 18 horas de vida. Informa además de columna y de los huesos pelvianos.

**LA ECOTOMOGRAFIA PERINEAL** es útil igualmente pero tiene un % no despreciable de error

**LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA** es excelente pero de alto costo. Agrega a lo anterior información sobre la musculatura esfinteriana, esqueleto, canal raquídeo y su contenido.

En período de Recién Nacido tardío o lactante:





#### Bibliografía:

Peña A :Current management of anorectal anomalies. Surg. Clin. North Am. 72:1393 1992.

Rich M. A, Brock Wa, Peña A: Spectrum of genitourinary malformations in patients with Imperforate anus. Pediatrics Surg Int. 3:110, 1988.

Anorectal malformations,Nelson Textbook of Pediatrics, 15 Edition 1075-1077, 1996.