

EXPERIENCIA Y RESULTADOS

ANORRECTOPLASTIA SAGITAL POSTERIOR. NUESTRA EXPERIENCIA EN 8 CASOS

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE PROVINCIAL
"JOSE LUIS MIRANDA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

*Dr. Carlos Martínez García**, *Dra. Omaidá Mendoza Navarro***, *Dr. Rafael López Sánchez**** y
*Dr. José Muñiz Escarpanter*****

Se presentan los resultados obtenidos en nuestro hospital en el tratamiento de 8 pacientes con imperforación anal operados con la técnica de anorrectoplastia sagital posterior. El 62,5 % de los pacientes tenían edades entre 1 y 2 años al momento de la operación.

INTRODUCCION

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 luego la abertura con bujías. En 1710, *Litré* introduce la colostomía como tratamiento inicial de esta afección. En 1880 *Mc Lead*¹ plantea la vía abdominoperineal. Ya en la segunda mitad de nuestro siglo se practica la vía sacroperineal de *Stephens*² y la vía sacroabdominoperineal de *Kiesewetter*.^{3,4} Todas estas técnicas llevan a un procedimiento ciego para descender el bolsón rectal, por lo que se obtienen resultados no satisfactorios en muchos de los casos.

Recientemente *Peña y Devries* describen una vía de acceso posterior que permite identificar lo que han llamado "complejo muscular perineal" y descender el bolsón rectal a "cielo abierto", con la realización en la mayoría de los casos de una plastia del recto que desciende, esta técnica se conoce como anorrectoplastia sagital posterior.^{5,6} Estos autores y otros que han practicado esta técnica informan resultados muy alentadores en cuanto al grado de continencia posoperatoria, muy superior al observado con otras técnicas.

DETALLES TECNICOS IMPORTANTES

Es de vital importancia contar con un estimulador eléctrico bipolar, por regla general de corriente galvánica, para identificar el sitio ideal de contracción del complejo muscular e implantar el nuevo ano allí donde convergen las ondas contráctiles del complejo muscular. El paciente se coloca en decúbito prono en posición de navaja y se realiza una

* Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Docente Provincial "José Luis Miranda". Instructor. ISCM-Villa Clara.

** Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor. ISCM-Villa Clara.

*** Candidato a Doctor en Ciencias. Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica. Profesor Titular. ISCM-Villa Clara.

**** Especialista de I Grado en Cirugía Infantil. Asistente. ISCM-Villa Clara.

incisión sagital que va desde el sacro hasta la fosita anal. El principio fundamental de esta técnica es obtener una exposición lo más completa posible de todas las estructuras de la región, manteniendo la disección en la línea media para evitar el daño de estructuras neurovasculares. *Peña* recomienda que todos los pacientes tengan una colostomía previa.

Como la fístula de vías urinarias, sobre todo de uretra, es un acompañante frecuente de las malformaciones anorrectales en el varón, se insiste en que el paso más crítico de la operación en estos casos es la separación del recto y la uretra, sobre todo en la parte superior de la fístula, donde ambas estructuras (recto y uretra) tienen una pared común.

Otro aspecto técnico importante es lograr una adecuada movilización del recto, liberándolo de sus adherencias vecinas y rechazando el peritoneo lo más posible para lograr una sutura a la piel sin tensión. El autor realiza con frecuencia una plastia posterior del recto para disminuir su calibre y poder acomodarlo en su nueva posición perineal y sutura en varios puntos el complejo muscular y dicho recto, lo cual cumple la doble función de fijar éste y evitar el prolapso mucoso; por último se realiza la plastia del ano y se fija a la piel en el centro de las contracciones musculares, evidenciadas por electroestimulación. *Peña* realiza la plastia rectoanal para dejar el neoano con un calibre de hasta 12 mm. Después, en la convalecencia, no deben olvidarse las dilataciones, que se inician alrededor de los 12 días del posoperatorio, con frecuencia semanal, bien con bujías o manualmente. Se recomienda el cierre precoz de la colostomía entre el segundo y el tercer mes de operado el paciente, para evitar la estenosis posoperatoria y para que a su vez, la materia fecal sirva de dilatador natural.

MATERIAL Y METODO

Se revisan las historias clínicas de los pacientes con malformaciones anorrectales ingresados en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Pediátrico Docente Provincial "José Luis Miranda" de Santa Clara, Villa Clara, a los que se les realizó anorrectoplastia sagital posterior en el período comprendido entre julio de 1984 y junio de 1986, y se analiza: edad al momento de la operación, sexo, procedencia, tipo de malformación anorrectal, complicaciones, tiempo posoperatorio al cierre de la colostomía, tiempo de evolución posoperatoria y grado de continencia alcanzado.

RESULTADOS Y DISCUSION

Con respecto a la edad de nuestros pacientes, en el momento de la operación, no tuvimos menores de 1 año, 5 pacientes tenían entre 1 y 2 años de edad y el resto entre 3 y 4 años, oscilando el rango de edades entre 1,4 y 3,6 años (tabla 1). En la serie de *Peña*,⁵

Tabla 1. Edad en el momento de la operación

Edad (años)	Número	%
Menor de 1	-	-
1-2	5	62,5
3-4	3	37,5

Fuente: Historias clínicas.

el rango de edades osciló entre 8 meses y 9 años y en la *Cahill*,⁷ todos eran menores de 1 año.

Predominaron los pacientes del sexo femenino (62,5 %) (tabla 2). Mientras que en las series revisadas,⁵⁻⁷ el sexo predominante fue el masculino.

En la tabla 3 se expresa la procedencia de nuestros pacientes, y se destaca que más de la mitad del total proviene de la provincia de Cienfuegos (5 pacientes), lo que si bien puede obedecer a un hecho casual, puede motivar estudios futuros sobre este tipo de malformación congénita en dicha provincia. Dos casos provenían de Villa Clara y un caso de la provincia Sancti Spíritus.

Predominaron las malformaciones altas (5 casos) sobre las bajas (3 casos), y existían fístulas en 6 pacientes, 4 de ellas vulvar o vaginal y 2 uretrales (tabla 4). Es de señalar que 2 pacientes considerados por el invertograma de recién nacidos como malformación alta (tipo IV), se trataban en realidad de malformaciones bajas y en la operación se comprobó que el bolsón estaba muy cerca de la piel perineal, lo cual nos permitió corroborar lo planteado por otros autores,⁵⁻⁹ relativo al poco valor que tiene la radiografía para el diagnóstico de certeza del tipo de malformación; en la actualidad existen otros medios de diagnóstico más confiables como la punción perineal con inyección de contraste o el ultrasonido perineal.¹ Todos los pacientes de *Cahill*⁷ tenían fístulas en la uretra, mientras que en las series de *Peña*,^{5,6} mucho más extensas, se incluyen anomalías más complejas como las fístulas rectocloacales, atresias y estenosis rectales, aunque el mayor número de fístulas (25 casos) correspondía a la uretra.

Tabla 2. Distribución de pacientes según sexo

Sexo	Número	%
Masculino	3	37,5
Femenino	5	62,5

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 3. Distribución de pacientes según procedencia

Procedencia	Número	%
Cienfuegos	5	62,5
Villa Clara	2	25,0
Sancti Spíritus	1	12,5

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 4. Tipo de malformación por sexo

Tipo de malformación	Número
<i>Varones</i>	
Malformaciones bajas	-
Malformaciones altas	
Sin fístula	1
Fístula uretral	2
<i>Hembras</i>	
Malformaciones bajas	
Sin fístula	1
Fístula vulvar	2
Malformaciones altas	
Fístula vaginal	2

Fuente: Historias clínicas.

Todos nuestros pacientes fueron operados por vía perineal, sin requerir la vía abdominal complementaria, al ser imposible descender el recto solo por vía perineal. Peña, en su serie,⁵ informó 6 casos que necesitaron laparotomía, todos ellos variedades complejas de imperforación anal, excepto una variedad alta que por tener una sigmoidostomía en esa corta, requirió abrir el abdomen para desinsertar ésta, por lo que Peña recomienda siempre realizar la sigmoidostomía en asa larga, para no tropezar con este inconveniente al movilizar el recto para su descenso perineal.

Se presentaron complicaciones posoperatoria en 3 pacientes (tabla 5), la más importante de ellas fue una estenosis uretral en uno de nuestros pacientes con fístula en uretra.

Pudimos comprobar lo planteado por Peña⁵ de que la separación del recto y la uretra al nivel de la fístula es el paso más crítico de la operación y donde se presentan las complicaciones más frecuentemente, ya que a ese nivel existe una pared o piso común de espesor y longitud variables, y es ahí donde puede seccionarse fácilmente la uretra. El resto de las complicaciones fueron: estenosis de la unión mucocutánea de forma anular, que requirió reintervención a ese nivel solamente para eliminar la estenosis; la tercera complicación fue sepsis de la herida perineal que se resolvió con antibioticoterapia y medidas habituales de limpieza. En ninguno de los trabajos revisados⁵⁻⁷ se señalan las complicaciones que tuvieron los pacientes.

En 5 de los 8 pacientes estudiados la colostomía fue cerrada precozmente, ya que el cierre se realizó antes de los 3 meses de operados. En los otros 3 pacientes la colostomía se cerró después de los 3 meses y fue uno de ellos el que requirió ser reintervenido por estenosis de la unión mucocutánea; los otros 2 presentaron cuadros respiratorios altos que demoraron el cierre de su colostomía de forma electiva (tabla 6). Peña, en 2 trabajos,^{5,6} recomienda el cierre precoz de la colostomía entre el segundo y tercer mes de operados para evitar la estenosis por no funcionamiento y para que el paso de la materia fecal sirva de dilatador natural.

Tabla 5. *Complicaciones posoperatorias*

Complicaciones	Número
Estenosis mucocutánea	1
Sepsis herida perineal	1
Estenosis uretral	1

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 6. *Tiempo posoperatorio al cierre de colostomía*

Tiempo posoperatorio (meses)	Número
Menor de 2	2
2 - 3	3
Más de 3	3

Fuente: Historias clínicas.

En la tabla 7 se muestra el tiempo de evolución posoperatoria de nuestros pacientes; 3 de ellos tienen más de un año de operados, de los cuales 2 tienen cerca de 2 años ya; 4 pacientes tienen entre 6 y 11 meses de operados y el operado más reciente tiene casi 6 meses de evolución.

En la tabla 8 se muestra la edad actual de nuestros pacientes: 2 tienen entre 1 y 2 años, 5 tienen entre 3-4 años y uno tiene más de 4 años de edad y es el único paciente de nuestra serie con resultados no satisfactorios.

Tabla 7. *Tiempo de evolución posoperatoria*

Tiempo (meses)	Número
Menos de 6	1
6 - 11	4
1 - 2	3

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 8. *Edad actual*

Edad actual (años)	Número
1 - 2	2
3 - 4	5
Más de 4	1

Fuente: Historias clínicas.

Tabla 9. *Grado actual de continencia*

Grado de continencia	Número
Satisfactorio	7
No satisfactorio	1

Fuente: Historias clínicas.

El grado actual de continencia se expresa en la tabla 9. Sólo un paciente —de más de 4 años de edad y con 2 años de operado— muestra resultados no satisfactorios, al tener entre 8 y 10 deposiciones diarias sin control; se debe señalar que este paciente, entre otras cosas, tiene un complejo muscular perineal muy poco desarrollado; 5 pacientes defecan 1 ó 2 veces al día con control y 2 pacientes tienen resultados adecuados atendiendo a su edad y al tiempo de cierre de la colostomía, teniendo 2 ó 3 deposiciones diarias, lo cual se aproxima a la normalidad en cuanto a control voluntario y sentido del deseo de defecar.

En la serie de *Peña*⁵ se informa un paciente incontinente que tiene agenesia de coxis y vértebras sacras y otros 2 pacientes con anomalías sacras tienen "churrisqueo" entre una y otra deposición. Los pacientes de más de 3 años de edad los considera aptos para tener deposiciones voluntarias y los pacientes entre 1 y 3 años de edad en proceso de adaptación a su nuevo hábito de defecación perineal.

Cahill,⁷ en su serie, estudió 6 pacientes a los que se les cerró la colostomía entre 4 meses y 2 años y medio de operados, de ellos 3 tienen continencia entre los 18 meses y los 2 años de edad e informa un paciente incontinente. Este autor realizó manometría anorrectal a todos sus pacientes para evaluar los resultados de la operación, basándose en estudios previos realizados por *Scharli*, quien plantea que la presión del canal anorrectal está entre 25 y 35 mm de Hg en niños normales; las presiones entre 15 y 25 mm de Hg manifiestan continencia parcial y por debajo de 15 mm de Hg hay incontinencia.

El estudio y seguimiento posoperatorio de los pacientes de *Cahill* le permitió llegar a la conclusión de que a medida que aumenta el tiempo de evolución posoperatoria hay un descenso en la frecuencia de las deposiciones, así como un aumento en su consistencia y en la aparición de sensación de llenura o peso y aparición del deseo de defecar, lo cual indica aproximación a la continencia, aspecto que hemos podido comprobar también en el seguimiento de los pacientes de mayor tiempo de evolución posoperatoria.

CONCLUSIONES

1. El acceso sagital posterior de *Peña* ofrece un amplio campo exploratorio que permite identificar la musculatura perineal y descender el bolsón rectal con visualización directa.
2. La edad para operar a estos pacientes podrá irse acortando según se gane en experiencia con esta técnica.
3. La disección de la fístula uretral y su separación del recto es el paso más difícil que se debe vencer.
4. Los resultados obtenidos desde el punto de vista técnico, estético y funcional se consideran superiores a los obtenidos con otras técnicas quirúrgicas descritas.

SUMMARY

Results obtained in our hospital in the treatment of eight patients with imperforate anus, submitted to posterior sagittal anorectoplasty, are presented. At the operation, 52,5 % of the patients were aged 1-2 years.

RÉSUMÉ

Les résultats obtenus dans notre hôpital dans le traitement de 8 malades avec imperforation de l'anus, opérés par la technique de l'ano-rectoplastie sagittale postérieure, sont présentés. Au moment de l'opération 52,5 % des patients étaient âgés entre 1 et 2 ans.

BIBLIOGRAFIA

1. Ravitch, M.: Pediatric surgery. Ravitch, M. (Ed) 3. ed. T. 2, Chicago. Year Book Medical, 1979. P. 1059-1073.
2. Stephens, F. D.: Anorectal malformations in children. Stephens, F. D.: E. D. Smith (Eds.) Chicago, Year Book Medical, 1971. Pp. 21-22, 41-42, 212, 223.
3. Kiesewetter, W. B.; H. H. Nixon: Imperforate anus, its surgical anatomy. J Ped Surg 2: 60-68, 1967.
4. Kiesewetter, W. B.: Imperforate anus. The technic of the sacroabdominoperineal approach. J Ped Surg 2: 106-110, 1967.
5. Peña, A.; P. Devries: Posterior sagittal anorectoplasty. Important technical considerations. J Ped Surg 17 (6): 796-808, Dec., 1982.
6. Peña, A.: Surgical treatment of high imperforate anus. World J Surg 9 (2): 236-243, Apr., 1985.
7. Cahil, J. L.: Results after posterior sagittal anorectoplasty. Am J Surg 149 (5): 629-631, May., 1985.
8. Chatterjee, D. A.: The value of inversion radiography for the diagnosis of imperforate anus. J Indian Med Assoc 67 (12): 265-267, Dec., 1976.
9. Claus, D. M.: Initial diagnosis of anorectal malformations. 3: 163-177, May-Jun., 1983.

Recibido: 10 de febrero de 1987. Aprobado: 10 de marzo de 1987.

Dr. Carlos Martínez García. Calle Villuendas No. 416, entre Síndico y Caridad, Santa Clara, Villa Clara.