

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil — Director: Prof. Dr. R. B. Yannicelli

ATRESIA DEL RECTO (*)

Descenso abdómino - perineal en un tiempo

Dra. Elida Murguía de Roso (**)

Esta comunicación se basa sobre 3 casos personales tratados con éxito. La intervención se realizó en un tiempo, una vez hecho el diagnóstico —a veces tardío— habiéndose cuidado de tomar tanto en el pre como en el post-operatorio todas las medidas necesarias en un recién nacido que debe soportar una grave intervención.

El recién nacido es un ser que tolera perfectamente grandes intervenciones siempre que se respeten algunos principios básicos de la fisiopatología y de la anestesiología. La clínica y la radiología permiten hacer un diagnóstico probable o seguro de las malformaciones, pero según Michel Dubois se siguen cometiendo dos tipos de errores: a) se desconoce la malformación por ej.: atresia de esófago, de intestino, imperforación anal, (aunque parezca ésto exagerado es la realidad y es frecuente er que tardíamente —2 o más días— recién se hace el diagnóstico cuando ya se ha constituido una gran oclusión intestinal, interpretación de sexo. b) se desconoce la urgencia de la malformación (espina bífida, labio leporino, pie bot.). Nosotros compartimos el criterio de Dubois con el agregado de que somos en parte responsables de ello los cirujanos de niños por no divulgar lo suficiente entre los pediatras y los estudiantes la importancia y la sencillez de las maniobras que permiten despistar en el recién nacido las malformaciones quirúrgicas no visibles. Las urgencias quirúrgicas del recién nacido (Dubois) pueden agruparse en: Atresias del tubo digestivo y malformaciones del aparato respiratorio (neumotórax a tensión, quiste congénito a tensión, enfisema lobar, podemos

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 28 de junio de 1961.

(**) Larrañaga 2926. Montevideo - Uruguay.

incluir en este grupo la hernia diafragmática congénita tipo Bochdaleck cuya manifestación clínica es un grave síndrome respiratorio.

Siempre hay que tener presente la existencia de asociación de malformaciones que pueden modificar la táctica quirúrgica por ej. graves cardiopatías, mongólicas, imperforación anal y atresia de esófago con fístula esófago-traqueal del cabo inferior, donde a la oclusión se suma la insuflación, con gran distensión abdominal que agrava la ventilación pulmonar y puede llegar hasta la perforación del intestino distendido. Esta situación puede obligar al tratamiento previo por colostomía o aún el descenso perineal del recto si la ampolla es baja, para aliviar la tensión abdominal, dejando para un segundo tiempo a continuación el tratamiento de la atresia de esófago, indiscutiblemente la lesión más grave.

La asociación de malformaciones puede ser *regional*, con el aparato génito-urinario llegando en sus grados extremos hasta la indiferenciación sexual; más raramente asociados a malformaciones óseas: displasia de caderas y genu recurvatum bilateral en un caso que ayudamos a Yannicelli en 1951, aunque en este caso la atresia no era de recto sino de colon transversal. En todo onfalocele antes de la reducción debe investigarse la existencia de una atresia simultánea, o de una hernia de Bochdaleck.

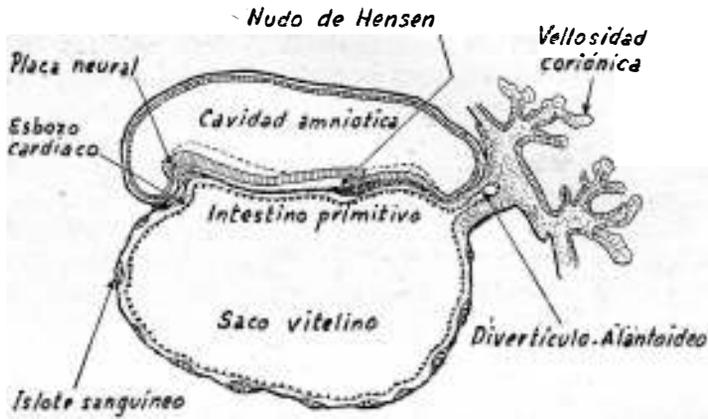
EMBRIOLOGIA

Una breve reseña embriológica nos permitirá comprender más fácilmente la existencia de algunas malformaciones.

Aún antes de que tome forma el cuerpo del embrión ya se ha iniciado la formación del aparato digestivo por la ubicación de la hoja endodérmica dentro del blastocito esferoidal. (Fig. 1).

Constituído el mesodermo, éste se divide en dos hojas: somática y esplácnica. El mesodermo esplácnico queda íntimamente asociado al endodermo y juntos constituyen la *esplacnopleura*.

El intestino primitivo tiene pues una pared de dos hojas en una etapa muy temprana de su desarrollo. El componente endodérmico dará origen al epitelio y sus glándulas; el mesodermo esplácnico dará la pared muscular y el conjuntivo vascular. Cuando la pared del intestino primitivo ha recibido su refuerzo mesodérmico, el cuerpo del embrión comienza a ser delimitado por pliegues definidos en su cara ventral que aumentan en profundidad, le dan forma y lo separan de las estructuras extra-embriónicas excepto por el pedículo. Se produce así la separación del intestino en una porción intra-embriónica y otra extra-embriónica que se llama sacovitelino o intestino medio.

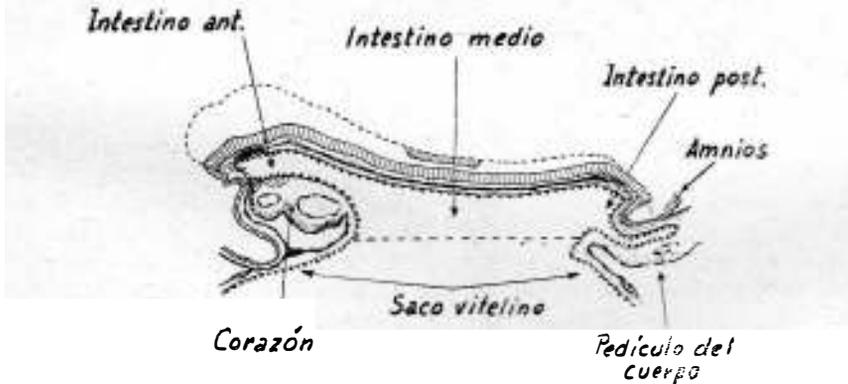


EMBRION de 16 DIAS - 1 SOMITAS
(Segun Payne)

Fig. 1. — Tomadas de Patten.

El intestino embrionario termina en dos extremidades ciegas tanto cefálica como caudal, sin ningún esbozo de abertura oral o anal. (Fig. 2).

Pronto aparecen dos depresiones del ectodermo que se ahon-



EMBRION de 18 DIAS - 7 SOMITAS
(segun Payne)

Fig. 2. — Tomado de Human Embryology de Bradley Patten.

dan, (Fig. 3) hasta que llevan a contactar con el intestino. La que está en la superficie ventral de la porción cefálica se llama *estomodeo* y la que se halla en la porción caudal se llama *proctodeo*, en la futura región anal.

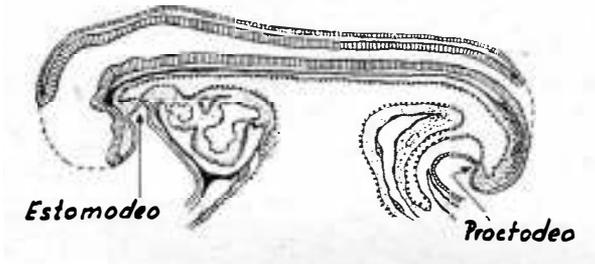


Fig. 3.

EMBRION de 22 DIAS. 14 SOMITAS
(Segun Payne)

Estas zonas donde entran en contacto directamente el ectodermo con el endodermo del intestino primitivo recibe el nombre de *Placas Oral y Cloacal* y están destinadas a desaparecer por carecer de mesodermo.

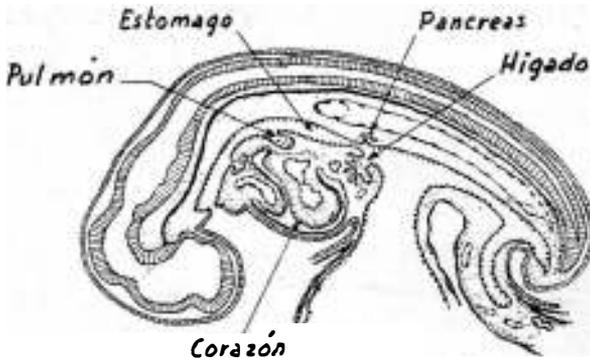


Fig. 4.

EMBRION de DIAS. SOMITAS
(Segun Payne)

La placa oral se reabsorbe primero y se forma la **a**pertura cefálica del intestino (embrión de 4 semanas). En el adulto corresponde a la zona de transición buco-faríngea. Un poco más tarde ocurre algo similar con el proctodeo y así se forma la cloa-

ca de desembocadura común al intestino y al aparato uro-genital.

En la (Fig. 4) se puede observar el origen del brote pulmonar en la cara ventral del intestino anterior lo que permite comprender la existencia de fistula esófago-traqueal en la atresia de esófago.

Si estudiamos detenidamente la región de la cloaca, (Fig. 5 a) veremos como teniendo al principio una desembocadura común —la cloaca— el intestino y el aparato uro-genital, pronto aparece un tabique de separación (Fig. 5 b y c) el seno uro-genital que comienza la separación entre ambos y cuya ano-

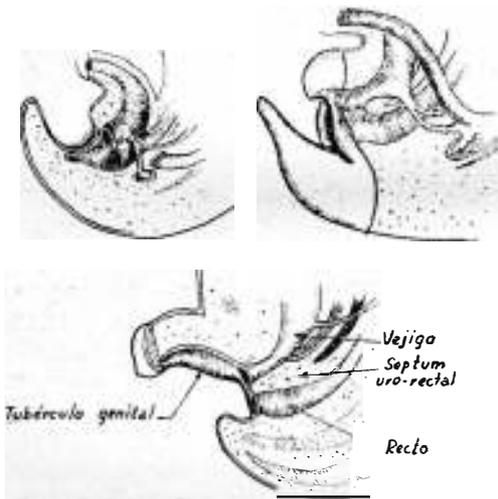


Fig. 5. — Tomadas de Patten Embriology Humain.

Embriología de la cloaca

malía de desarrollo permite comprender la existencia de fístula recto-urinaria en el varón y recto-genital en la niña. E ta puede configurar la existencia del mal llamado ano ec ópico que es en realidad una imperforación anal asociada a una fí tula recto-genital. Cuando el calibre de la fístula e uficiente para impedir la oclusión puede pasar desapercibida ha ta la edad adulta.

La falta de reabsorción de la membrana anal origina la forma más simple de la malformación: la imperforación anal.

En cuanto a la estenosi que también puede dar un cuadro de oclusión en el recién nacido que cede pero que evolucionará al megacolon secundario, diremos que es también una perturbación del desarrollo embriológico.

El epitelio —endodermo— que recubre la luz intestinal, ha-

cia la *quinta semana* de vida prolifera y obstruye la luz. Posteriormente en esa proliferación sólida comienza un proceso de reabsorción y se forman vacuolas que restablecen la luz intestinal. Las perturbaciones de esos procesos darán origen ya a la interrupción total de la luz —atresia— donde el intestino termina en dos cabos ciegos libres o unidos por un tracto fibroso.

Otras veces quedan tabiques o diafragmas que estenosan la luz intestinal y dan origen a oclusiones más o menos incompletas o al megacolon secundario según la altura.

Pero no todas las oclusiones del recién nacido son debidas a atresias del tubo digestivo, existen otras malformaciones, duplicaciones del tubo digestivo, la malrotación intestinal, el vólvulo, la hernia diafragmática estrangulada, y el íleo-meconial enfermedad grave de pronóstico sombrío, que también dan cuadros oclusivos y dónde el diagnóstico —a veces— se hace sólo en el acto operatorio.

ANATOMIA PATOLOGICA

Hay dos tipos de atresia: primitiva y secundaria.

La primitiva es la que tiene su origen en las alteraciones embriológicas estudiadas, las secundarias son debidas a verdaderas peritonitis fetales con perforación y cicatrización secundaria. Dichas peritonitis pueden ser debidas a vólvulo, invaginación, íleo-meconial. En las atresias ano rectales puede decirse que son exclusivamente la expresión de una perturbación embriológica.

En los tres casos que presentamos hoy dos corresponden a la variedad más frecuente: imperforación anal y atresia del recto con ampolla alta; la otra es una forma rara, la atresia del recto extraperitoneal sin imperforación anal y terminando los dos cabos en un fondo ciego unido por bridas (tipo IV de Gross).

En 2 casos existió fístula recto-vesical.

En las (Fig. 6, 7 y 8) pueden observarse las distintas variedades de atresias y fístulas tanto en el varón como en la mujer lo que nos exime de la descripción.

Desde el punto de vista de la anatomía patológica y por la importancia práctica que de ello deriva debe estudiarse en cada enfermo la altura de la zona atresiada y sus relaciones con el músculo elevador del ano y el piso pelviano. La táctica quirúrgica —vía de abordaje— y aún el pronóstico funcional —ano continente— pueden estar supeditados a ello.

Nunca se abordará por vía perineal exclusiva una atresia que se encuentre por encima del elevador y que en una radiografía de perfil en posición de Wangensteen la burbuja gaseosa

se encuentre por encima de la línea que une la parte inferior del pubis con la unión sacro-coxígea, o que se encuentre a 3 cmts. o más de la referencia metálica perineal.

El esfínter anal externo se forma independientemente del recto, pero él estará insuficiente o ausente si falta el proctodeo. En este caso es importante la acción del músculo elevador del ano, especialmente en su porción pubo-rectal que forma una especie de cincha o esfínter que aumentando la angulación del recto favorecerá la continencia. Pero además es muy importante saber que la *parte extraperitoneal del recto definitivo se forma a expensas del intestino posterior* y que es el responsable del

MALFORMACIONES ANO-RECTALES

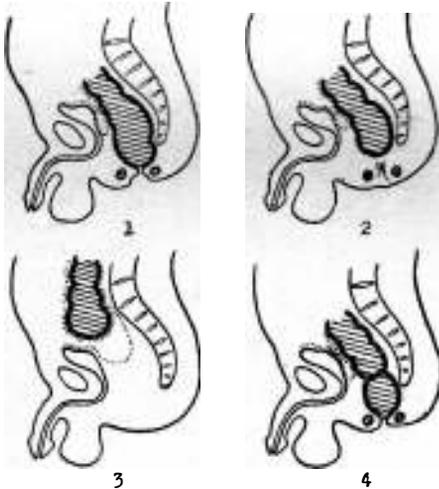


Fig. 6. — 1 Estenosis anal. 2 Atresia anal. 3 Atresia ano-rectal. 4 Atresia pura de recto. (Esquemas tomados de Max Grob).

reflejo de defecación por eso cuando falta, o cuando su inervación es dañada por una movilización excesiva, o resecado podemos favorecer la incontinencia. También es importante respetar en el acto quirúrgico la inervación de los demás órganos de la pelvis, el plexo hipogástrico, con las fibras simpáticas y los nervios pélvicos portadores de las fibras parasimpáticas que forman un rico plexo de fibras y células nerviosas destinadas a la vejiga, próstata, vesículas seminales que pueden ser dañados en las disecciones de la pelvis para la movilización del intestino y en el tratamiento de las fístulas. Por eso el túnel para el pasaje del recto al periné debe hacerse contra el sacro y cuidando de separar el elevador de la parte posterior de la uretra —reperada con una sonda colocada en el pre-operatorio— y la próstata para

que el recto pueda utilizar a modo de esfínter la acción del elevador. Cuando existe una *agenesia del sacro* el pronóstico es más grave porque la anomalía de inervación también lo es.

Todas estas nociones han sido muy bien estudiadas por diversos autores de los que citaremos Ladd, Gross, Swenson, Hiatt.

La falta de sensibilidad de la mucosa rectal trae aparejada la disfunción del recto con incontinencia o constipación rebelde, fecalomas, etc. que pueden mejorar con una educación sanitaria de los padres y del mismo enfermo.

Gross en una serie de 700 imperforaciones anales está de

*MALFORMACIONES ANO-RECTALES CON FISTULA
EN LA NIÑA*



Fig. 7. — 1 Fístula perineal extra-esfinteriana. 2 Fístula vulvar. 3 Fístula vaginal.

acuerdo con Swenson en que la vía de elección para las atresias altas es la vía abdominal-perineal en un tiempo. La colostomía de derivación se reservará únicamente para los casos de contraindicación por el estado general, graves cardiopatías, mongolismo etc.

Los *inconvenientes de las colostomías* son numerosos: desnutrición, anemia, dermatitis, prolapso, limpieza correcta del cabo distal. Los riesgos quirúrgicos en los descensos diferidos son quizás mayores que en el recién nacido.

No debe olvidarse los factores sociales. No es lo mismo entregar a una madre un niño operado con las apariencias de un niño normal, que entregarle un niño con una colostomía. Además del enorme trabajo que significa, crea complejos y problemas familiares.

La observación previa del periné, su forma, pliegues, pig-

mentación, reflejos cutáneos, el abombamiento del periné, la incontinencia de orina etc. son los índices que tiene el cirujano del desarrollo e inervación de la región y fundar su pronóstico.

Aspecto clínico. Diagnóstico y diagnóstico diferencial

En las atresias bajas del tubo digestivo, los enfermos pueden presentarse con o sin imperforación anal. Tanto uno como otros suelen llegar tardíamente al cirujano —5 días en uno de

MALFORMACIONES ANO-RECTALES CON FISTULA EN EL VARON



Fig. . — 1 Fístula p rin al intraesfinteriana. 2 Fístula perineal extraesfinteriana. 3 Fístula uretral. 4 Fístula vesical.

nuestros enfermos con imperforación anal— aún los nacidos en Maternidad o Sanatorios privados.

El síndrome oclusivo aparece más tardíamente que en la oclusión alta, pero el meteorismo y la distensión son precoces.

Se tolera mejor que la oclusión alta porque la válvula ileocecal es incontinente y da una oclusión en asa abierta.

Distensión, meteorismo, reptación y vómitos progresivos constituyen el síndrome clínico de la oclusión baja.

Cuando no hay imperforación puede haber deposiciones, pero éstas son viscosas, grisáceas, escasas, sin gases y pueden estar teñidas de bilis. Normalmente el meconio está formado por epitelio intestinal descamado, secreción de las diversas glándulas digestivas, epitelio plano queratinizado y lanugo estos últimos provenientes de la descamación de la piel del feto y deglutidas por él junto con el líquido amniótico. Los pigmentos biliares

solo en pequeña cantidad llegan al intestino por la vía biliar, sino que lo hacen por la vía hematógica.

En resumen el meconio es una foración autóctona del tubo digestivo por eso puede existir en las atresias, pero en éstas lo que no se encuentra en el meconio son los elementos de deglución —test de Farber— células de descamación de la piel del feto. Nosotros no hemos empleado dicho test.

Fístulas. La salida de meconio por la uretra nos habla de fistula recto-urinaria.

En las fístulas recto-vesicales (Fig. 8-4) el meconio sale únicamente durante la micción, radiológicamente puede visualizarse la vejiga por el gas que desde el intestino pasa a ella y la delimita. Si la vejiga contiene orina puede verse una imagen hidraérea anterior.

En las fístulas recto-uretrales la salida del meconio por la uretra es independiente de la micción (Fig. 8-3).

En los síndromes oclusivos bajos sin imperforación el tacto rectal es de gran importancia, para despistar las atresias bajas —obs. II— los diafragmas incompletos, el megacolon congénito, el ileo-meconial.

En la niña las fístulas se hacen frecuentemente en la región vulvo-perineal (Fig. 7).

Estas fístulas así como la fistula perineal en el varón (Fig. 8) intra o extra-esfinteriana pueden ser suficientes para paliar el síndrome oclusivo, pero si se desconoce la malformación puede ir al megacolon secundario con grave repercusión del desarrollo del niño. La fistulografía con lipiodol ilustrará sobre la existencia de atresias y la necesidad de su corrección oportuna.

Las observaciones siguientes son muy ilustrativas al respecto. M. P. 13 días. A los dos días de nacido la madre nota que no expulsa meconio, ni gases, vomita todo lo que ingiere y tiene gran distensión abdominal. Al parecer tiene dolores porque está inquieto, llora y arrolla las piernas. Es tratado en un sanatorio y el episodio cede con la expulsión de materias y gases.

Pasa 8 días aparentemente bien, aunque expulsa pocas materias. Hace dos días repite el accidente inicial.

Examen. Dra. E. Murguía de Roso. Abdomen distendido, blando, depresible. Tacto rectal: estenosis en forma de diafragma incompleto a 5 ctms. del orificio anal que se dilata digitalmente, se pone sonda rectal y el cuadro cede con la expulsión abundante de materias y gases. Evolucionó al megacolon.

A. F. edad 2 días. 19 - IV - 1954. Ingresó al Hospital Pedro Visca porque vomita desde el nacimiento, tiene alrededor de 10 vómitos biliosos diarios, y no ha tenido ninguna deposición.

Examen. Dra. E. Murguía de Roso. Gran distensión supraumbilical con reptación y timpanismo.

Región anal de aspecto normal. Al tomar la temperatura sale el termómetro teñido de meconio y expulsa gases.

No se pudo hacer placas. Se coloca una sonda de Nelaton que penetra fácilmente expulsando una pequeña cantidad de meconio espeso que obstruye la sonda.

Se hacen pequeños enemas de suero tibio porque la consistencia del meconio obstruye la sonda con facilidad. Finalmente se obtiene una buena evacuación con lo cual cede el cuadro.

Diagnóstico fleo-meconial.

Desde el punto de vista clínico no debemos olvidar al enfermo ocluido en su unidad biológica. La deshidratación, la distensión abdominal y la repercusión de ésta sobre la ventilación pulmonar la posibilidad de aspiración de un vómito son detalles que deben corregirse en el preoperatorio.

Debe investigarse siempre la posibilidad de otra atresia concomitante en particular de esófago.

En nuestro medio hay tres observaciones de este tipo de asociación. La inmadurez, el mongolismo, graves cardiopatías podrán hacer variar la táctica quirúrgica ofreciéndole la derivación por medio una colostomía.

PRONOSTICO

Si bien el acto operatorio es largo y laborioso, con una buena anestesia, transfusión, maniobras suaves sin tirones, la intervención es perfectamente tolerada y el riesgo operatorio es poco. Desde luego que en este momento, salvo excepción de la observación II no podemos hablar de buen pronóstico total que será el funcional que le permita una vida útil.

La función rectal deberá ser buena sin incontinencia ni constipación que lleve a la constitución de fecalomas.

La disfunción del intestino puede deberse a estenosis secundarias que deben evitarse por dilataciones o resecciones quirúrgicas —o lo que es más grave— a la falta de sensibilidad del intestino con ausencia de reflejos, debido ya a la ausencia de recto por la atresia o por una resección demasiado amplia con exéresis del recto extraperitoneal.

Lo mismo puede decirse del aparato urinario, una vejiga mal inervada puede ser incontinente o retencionista y pasar desapercibida porque el niño orina por rebosamiento.

Por último queda el test genital cuando llegue a la edad adulta.

En resumen. Si bien desde el punto de vista vital la atresia anorectal no es tan grave, desde el punto de vista funcional pue-

de dejar gravísimas secuelas, y el cirujano debe cuidar de no malograr en el acto quirúrgico la inervación de las distintas vísceras.

TRATAMIENTO

Táctica y técnica quirúrgicas

Hecho el diagnóstico de oclusión intestinal por atresia ano-rectal se comenzará de inmediato la preparación para el acto operatorio. Una sonda gástrica evacuará en lo posible la parte alta del tubo digestivo.

Se colocará un tubo fino de polietileno en la vejiga y se fijará. Se hace una descubierta de una vena y se coloca una venoclisis, primero de suero fisiológico, se instilarán unas gotas de novocaína — $\frac{1}{2}$ cc. al $\frac{1}{2}$ % en 3 cc. de suero— si la venoclisis no funciona bien, de este modo se suprime el espasmo venoso tan frecuente. (1).

Recién entonces se duerme el niño y si el anestesta es experto lo intuba despierto fácilmente y después lo duerme.

En todo momento debe disponerse de un aspirador que funcione, y debe oxigenarse bien al niño.

La técnica empleada por nosotros en los tres casos fue:

Laparotomía paramediana para-rectal interna izq.

En un caso que se lesionó la vejiga, se suturó en dos planos y se dejó una sonda en permanencia varios días.

En el tiempo abdominal se prepara el segmento a descender, se tratan las fístulas urinarias, y se drena la logia para rectal, (una vez descendido el cabo).

Una vez llevado el sigmoide al periné —o el recto según la variedad de atresia— se cierra la laparotomía teniendo cuidado de cerrar el Douglas.

Luego se termina la operación durante el tiempo perineal fijando el intestino descendido en dos planos.

Por último se deja un tubo en el intestino.

Se enseñará a hacer dilataciones.

Observación I

Washington V. B.. Edad 1 día 4/XII/1958. Nacido de parto normal, que presenta una imperforación anal. Niño deprimido que no llora, no hay reflejo de Moro. No se encuentra otra malformación.

Se pasa una sonda gástrica comprobándose que no hay atresia de esófago, ella da salida a líquido bilioso. Abdomen muy distendido (fig. 10) y timpánico.

(1) La venoclisis se dejará de 12 a 24 hs. en el post-operatorio.

Radiografía de abdomen. (Niño parado). Gran distensión del grueso y delgado. Ampolla muy alta. Posición de Wangensteen (niño cabeza abajo). La ampolla se mantiene muy alta por lo cual se resuelve hacer un descenso abdómino perineal.

Se coloca una sonda gástrica, una sonda vesical y se descubre una vena para venoclisis.

OPERACION 4/XII/1958. Hora 21.30.

Dra. E. Murguía de Roso, Prof. Yannicelli. Anestesia general éter 02 Incisión paramediana transrectal izq.

MALFORMACIONES ANO - RECTALES

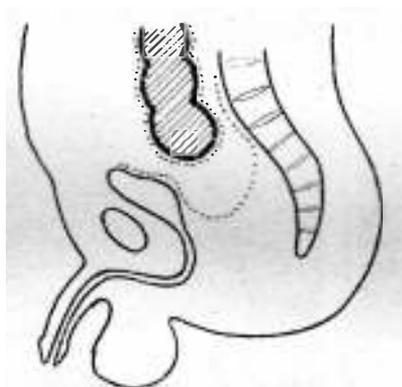


Fig. . — Atresia ano-rectal. Descenso abdómino-perineal en un tiempo; curación.

Esquema de la Obs. 1

c) Atresia rectal y anal

Sigmoide muy distendido con desgarramiento del plano seroso, preperforativo. Se evacúan gases con lo cual se disminuye la tensión. Se comprueba que el sigmoide termina en un fondo de saco ciego, que se prolonga por un cordón hasta el periné. Se libera este cabo distal y se exterioriza, comprobándose que puede ser descendido sin seccionar vasos.

Tiempo perineal. Se incinde el periné en el sentido antero-posterior, y hacia él se lleva el cabo liberado terminal del sigmoide. El mesocolon ascendente tiene un desgarramiento que se cierra.

Sangra una vena, se hace hemostasis por compresión y se deja. Drenaje con tubo de goma que se saca en el periné por contrabertura.

Se vuelve al abdomen y se cierra la laparotomía, por planos con puntos separados. Se puso especial cuidado en el cierre del Douglas.

La disección se hizo contra el intestino, y la pinza de pasaje abdómino-perineal contra el sacro; de este modo se trata de respetar al máximo los elementos vasculo-nerviosos tan ricos en la pelvis. También se reperó en el segmento a descender la zona de buena vascularización sobre la cual se hará la anastomosis.

Se puso penicilina intra-abdominal.

Se pasa entonces a terminar el tiempo perineal.

Se hace primero una corona de puntos de fijación de la sero-muscular al plano subcutáneo, con puntos separados. Se comienza la sección del cilindro intestinal, y se va haciendo progresivamente la corona de puntos

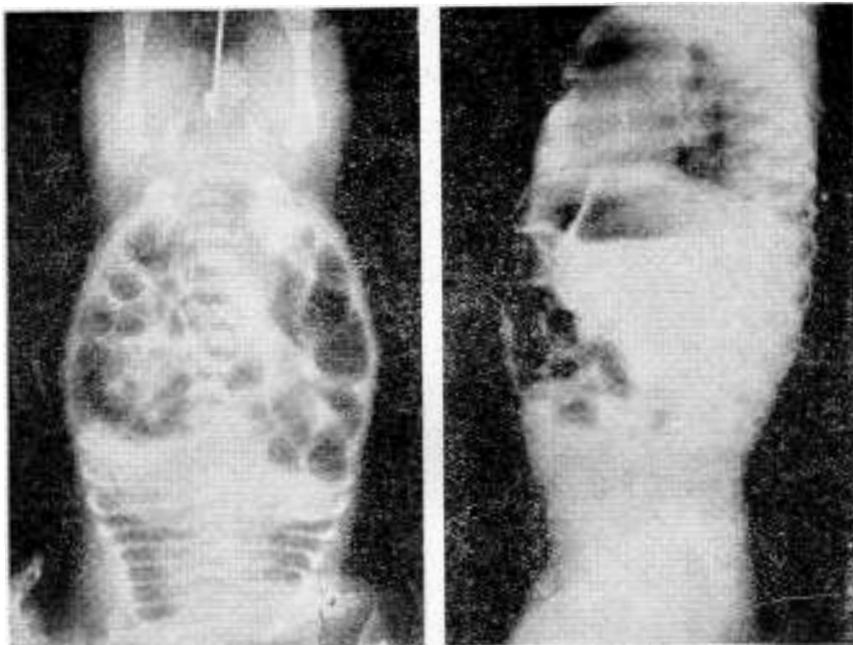


Fig. 10. — Obs. I W. V. Atresia ano-rectal. Radiografía de frente. Posición de Wangensteen-Rice. Obsérvese la distancia de la ampolla a la referencia metálica. Distensión gaseosa del delgado y el grueso que se ve también en el perfil.



Fig. 10^a. — Radiografía de control tomada varios meses después.

totales del sigmoide con la piel, siendo generosos en la toma mucosa para que al hacerse la retracción cicatricial no se haga sobre la piel de alto poder retráctil con sus consecuencias inevitables, estenosis-megacolon secundario. Terminada la fijación se coloca un tubo de goma grueso en recto bien envaselinado. La intervención duró 1 hora 30', bien tolerada. El post-operatorio fue sin incidentes, se retiró la venoclisis a las 20 hs. (se hicieron 120 cc. de sangre).

Se dio el alta al sexto día (Fig. 10).

Puede erse una radiografía tomada varios meses después donde no se observa ninguna dilatación intestinal.

Observación II

Juan E. R. 2 días. 10/IX/1960. Nacido en maternidad y dado de alta al día siguiente. La madre nota que desde que se fue no movilizó el intestino, tiene vómitos biliosos y distensión progresiva del vientre.

Examen. Estado general bueno, algo deshidratado.

Abdomen distendido, timpánico, se dibujan asas intestinales con reptación (Fig. 13).

Tacto rectal: 1 dedo introducido en el canal anal p rcibe un fondo de saco ciego más allá del cual no logra pasar. Lo mismo ocurre con la introducción de una sonda de Nelaton. (Fig. 12)

MALFORMACIONES ANO-RECTALES

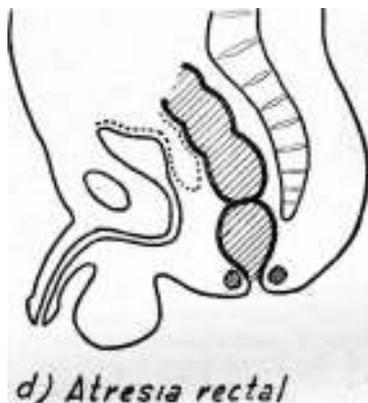


Fig. 12. — Atresia de recto e imperfección anal. Descenso abdominal fenecio en un tiempo. Curación.

Esquema de la Obs. II

Aparatos cardio vascular y respiratorio. Clínicamente normales.

Radiografía simple de abdomen. En el frente la ampolla aparece alta, no así en el perfil que se observa a unos dos centímetros del orificio anal, netamente por debajo de la línea pubo-coxígea.

Se hace un pequeño enema baritado, que es expulsado en su mayor parte, pero pueden verse restos dentro del canal anal.

Finalmente se coloca al niño en posición de Wangensteen-Rice y con una pinza en canal anal, ratificándose el diagnóstico de atresia pura del recto, sin imperforación anal, y donde los dos cabos intestinales terminan en fondo ciego y adosados.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Se resuelve hacer un descenso abdomino perineal con anastomosis término-terminal.

Operación. Dra. Murguía de Roso. Prof. R. B. Yannicelli. Pte. Crespodía. Anestesia general éter-oxígeno. Intubación traqueal.

1er. tiempo. Incisión paramediana pararectal interna izq. Se abre involuntariamente la vejiga, se trata de una mega vejiga. (Se colocó una sonda vesical en el pre-operatorio). Se cierra en dos planos, uno con surjet de catgut y otro con puntos separados de hilo de lino. Abierto el



Fig. 13. — J. E. R. 2 días. Preoperatorio.

Obs. II

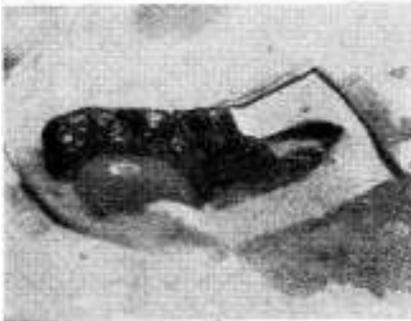


Fig. 14. — Sigmoide y un asa delgada distendida.

peritoneo, se exterioriza el sigmoide muy dilatado y se evacúa por aspiración de su contenido. Se libera por disección el extremo inferior del recto, terminado en un fondo ciego y prolongado por tractos fibrosos. Se moviliza el sigmoide por sección de las últimas sigmoides. La coloración del asa es muy buena. Se repara la zona de resección y se pasa al

2º tiempo. Perineal. Se coloca una pinza en el canal anal, se perfora el fondo ciego y se ensancha la brecha, se toma el recto liberado en el tiempo anterior y al que se colocó un hilo tractor, y se desciende a través del canal exteriorizándose en el periné hasta unos 10 cmts. hasta la zona de buena vascularización. (Fig. 15).

Se drena la logia pararectal con un tubo que se saca en el periné por contrabertura.

Se vuelve al abdomen, se controla la correcta posición del asa descendida, se cierra el Douglas con puntos de catgut.

Se hace **apendicectomía**. Se coloca penicilina y estreptomocina intraperitoneal.

Cierre de la laparatomía por planos.

3er. tiempo. Perineal. Se busca el borde libre del canal anal y se vierte hacia el periné. A medio centímetro de este borde libre se hace una corona de puntos que fijan el canal anal al sigmoide descendido, puntos sero-musculares.

Se comienza entonces la apertura del cilindro sigmoideo en su parte posterior —técnica similar a la de Hiatt en el tratamiento del megacolon congénito— y se hace un segundo plano de puntos totales sigmoideo-anales. Se completa de este modo la resección y anastomosis término-ter-



Fig. 15. — El sigmoido exteriorizó al periné por dentro del canal anal.



Fig. 16. — Al terminar la operación
Ob. II

minal, reintegrándose la zona de anastomosis ya terminada al canal anal. (Fig. 16). La sutura queda en buenas condiciones, a unos tres centímetros del borde cutáneo-mucoso, por encima de las válvulas.

Se deja un tubo de goma por donde sale gran cantidad de meconio. Durante el acto operatorio se hicieron 100 cc. de sangre, previa descubierta de la safena interna.

Post-operatorio. Es muy bueno, moviliza bien el intestino, se alimenta bien. Se dejó una sonda vesical en permanencia. Los primeros días la orina es hematurica, y luego se aclara, por lo cual se retira la sonda. La venoclisis se dejó 24 hs. y se dieron antibióticos: misteclin 65 mgr. 4 veces al día y penicilina 50.000 I. M. cada 8 horas. Alta a los 15 días.

Por razones privadas la madre no pudo traer al niño hasta el mes, en este momento se comprueba que la zona de anastomosis está muy estenosada, no permite el paso de una sonda fina, pero el niño elimina gases y materias por lo cual no hay distensión.

Se interna nuevamente, se hace anestesia general y anestesia local del esfínter con novocaína al $\frac{1}{2}$ % y con bujías de Hegard de grosor progresivo se hace una dilatación, que permite el pasaje fácil del dedo índice. Sangra un poco. Se deja un tubo de goma grueso. Dos días después se da el alta y la madre continúa las dilataciones diariamente.

El estado actual es excelente. La presencia de canal anal con sensibilidad y esfínter hacen de este caso un pronóstico sumamente favorable de futuro.

Observación III

Anselmo S. 1 día. 30-I-1961.

En el momento del nacimiento se comprueba que tiene imperforación anal. Lo vemos a la hora 10 y pide radiografía de abdomen. El estado del niño es bueno, no hay distensión abdominal. En el periné no se ve ni se siente pujar la ampolla.

MALFORMACIONES ANO-RECTALES con FISTULA EN EL VARON



Fístula vesical

Fig. 17. — Atresia ano-rectal en fístula vesical. Descenso abdómino fenical en 1° tiempo. Esquema de la Obs. III

La radiografía se hace a la hora 23 y puede observarse que la distensión gaseosa es moderada y que hay gases en el colon.

En algunas de las placas parece que la ampolla estuviera bastante baja. Por esta razón se intenta a continuación el descenso perineal por vía baja con anestesia local. Pero luego de una infructuosa búsqueda ya que la ampolla no se ve ni se palpa, se resuelve suspender la intervención y proseguirla a la mañana siguiente bajo anestesia general y hacer un descenso abdómino perineal.

Operación: Dra. E. Murguía de Roso. Ptes.: Amoza y Micol. Anestesia general éter - oxígeno, circuito abierto, intubación traqueal. Se coloca una sonda de polietileno fina en la vejiga. Se descubre la vena safena interna y se pasa sangre intraoperatoria.

Incisión paramediana pararectal interna izquierda.

Abierto el peritoneo se exterioriza el sigmoide que se encuentra dis-

tendido. Se disecciona y se moviliza previa ligadura de las sigmoideas. Se incinde y se evacúa cerrándose el orificio con una jareta. (Figs. 18 y 19).

Se abre el Douglas y se disecciona junto al recto para respetar al máximo las estructuras vecinas. La zona de atresia es alta y no hay alerones vasculares que ligar.



Fig. 18. — Acto operatorio. Sigmoide distendido.

Obs. III



Fig. 19. — Sigmoide evacuado.



Fig. 20. — Al terminar la intervención

Obs. III

Disecado el recto queda fuertemente unido a la vejiga por una fístula, ésta se liga y se secciona. Permite hacer a posteriori una interpretación correcta de la placa. Se comprueba que la vejiga contiene aire en la radiografía aunque no hay nivel, posiblemente se encontraba vacía.

Movilizado el recto - sigmoide se marca con puntos la zona de buena vascularización y se pasa al tiempo del descenso perineal.

Se introduce una pinza cerrada contra el sacro y cuando abomba en el periné se incinde sobre ella con bisturí, se coloca otra pinza que amplía por divulsión la incisión y luego guiada por la pinza intraabdominal vamos contra el sacro en busca del cabo a descender.

Con suaves movimientos de tracción y rotación combinados se exterioriza en el periné el segmento descendido hasta la zona previamente reperada de correcta vascularización.

Se deja drenaje de goma pararectal que se saca por contraabertura en el periné. Cierre de la laparotomía por planos.



Fig. 21. (Obs. III). — Meses después de operado.
Obs. III

Se hizo apendicectomía y se deja penicilina y estreptomina intra-peritoneal.

Tiempo Perineal: Se hace primero la fijación del sigmoide por medio de una corona de puntos separados de lino sero-musculares al elevador. Luego se secciona progresivamente dejando por lo menos un centímetro para la sutura del plano total-piel.

Es conveniente que se deje bastante mucosa para evitar la retracción y estenosis secundaria que llevaría el megacolon.

La evolución de este niño fue muy buena, el post-operatorio sin incidente y a los pocos días pudo darse el alta.

En todos los casos la cicatrización de laparotomía fue excelente.

Se le dio un tubo de goma grueso a la madre para que todos los días lo colocara y se le enseñó hacer dilatación digital.

No hizo estenosis y tiene un pequeño prolapso mucoso del lado izq. En la foto puede observarse el normal desarrollo del niño. (Fig. 21).

Dra. Cabrera Roca: Este interesante trabajo de la Dra. Murguía resume la actitud de realizar en un tiempo una intervención que en la mayoría de los casos es la ideal. Siempre que se puede, se debe realizar así. Existen sin embargo algunos casos en que desgraciadamente no se puede hacer lo ideal cuando se trata de niños que tienen malformaciones asociadas. En ese caso se impone la intervención en dos tiempos. Nosotros siempre que nos sea posible realizamos la intervención en un tiempo, pero cuando las malformaciones se asocian, como me ha tocado en alguna oportunidad; o atresia de esófago existe la obligación de realizar una intervención que no resuelve el problema del descenso, pero sí, el problema de la oclusión. Nos declaramos decididos partidarios del procedimiento porque consideramos que en las primeras horas, el recién nacido está en situación ideal para realizar la intervención en un tiempo.

Dr. Rodríguez Juanotena: Creo que el trabajo de la Dra. Murguía de Roso es interesante, que ha puesto a punto este tema. Quería hacer solamente algunas precisiones. Creo que el tratamiento ideal, como ha dicho la Dra. Cabrera Roca es la terapéutica en un tiempo, que si no hay malformaciones asociadas importantes se puede hacer perfectamente bien. Hace poco tiempo, operé un chico prematuro que pesaba un poco más de un kilo, con una atresia anorectal; lo operé aproximadamente unas 12 o 14 horas después de nacido y quedó perfectamente bien en una intervención en un tiempo y ha tenido una buena evolución post-operatoria.

Con respecto a la técnica quirúrgica, creo que es conveniente hacer primero el tiempo abdominal siempre; la disección perineal, pensando que puede ser una operación más fácil, si la ampolla rectal llega a estar un poco alta, en realidad causa grandes destrozos en el periné. De manera que creo que debe planearse siempre la operación para comenzarla por vía abdominal, haciendo la mayor parte de la disección por vía abdominal y dejando solamente muy poco para hacer por vía perineal. Por vía abdominal son mucho más claros todos los puntos de referencia anatómicos y puede hacerse la disección de manera más correcta.

Con respecto a la incisión me parece que es más conveniente en un lactante las incisiones por disociación oblicuas, tipo Mac Burney; las incisiones paramedianas se eventran muy a menudo y creo que una incisión por disociación da perfecta luz y permite una disección amplia de la pelvis y tratar correctamente las lesiones.

Dr. Yannicelli: Felicito a la Dra. Murguía por el buen resultado obtenido en estos casos, que viene a comprobar una vez más las posibilidades del descenso abdominoperineal en un tiempo, en los casos de atresia rectal, cuando el estado general lo permite y cuando no hay, desde luego, otras malformaciones asociadas que ocupan el primer plano, por ejemplo en el caso de una atresia de esófago, etc. Esta operación, hace pocos años fue muy discutida. Era en la época en que todavía no se había cultivado lo suficiente este procedimiento. No conocíamos las posibilidades de hacer dentro del abdomen y del periné de un recién nacido, y teníamos temores sobre todo por la anestesia general. En estos momentos que tenemos buenos equipos de anestesia y que sabemos manipular mejor al recién nacido, nos congratulamos entonces de ver presentado a la Sociedad de Cirugía operaciones tan interesantes y de tan buenos resultados. La Dra. Murguía ha insistido en la conveniencia de hacer el drenaje del sigmoide, cuando está con una retención de materias que

hace dificultoso el descenso. La pelvis del niño apenas permite el pasaje de un dedo, y a veces ni esto. Es de imaginarse que con dilataciones grandes el descenso sin la evacuación previa puede crear lesiones necróticas en el sigmoide y más de una vez ha determinado peritonitis y el fallecimiento de los enfermos. De manera que nosotros lo utilizamos de una manera sistemática cuando operamos un enfermo, pasadas las 24 o 48 horas y vemos el sigmoide muy dilatado. En cambio, el problema cambian en los casos en que han pasado varios días y cuando se supone que el contenido intestinal es infectante. La abertura del sigmoide muestra entonces un líquido fétido, y hay que tener más cuidado. Estamos de acuerdo con el Dr. Juanotena que las incisiones, como dice la Dra. Murguía por otra parte, puede ser una paramediana, o ser una oblicua. En cuanto a la fistula rectovesical o sigmoidovesical que puede existir como en un caso muy interesante, no hay duda de que el procedimiento del descenso abdominoperineal es el que mejor lo resuelve. Pretender resolverlo por la vía perineal es difícil o imposible. De manera que debe respetarse la premisa de Gross y creo que anterior a Gross, que establece como consejo para el cirujano que abordara estos casos por vía perineal sólo cuando se ve una ampolla o no más de 1 ½ cmt. del periné. Los otros casos deben resolverse con un descenso abdominoperineal; de lo contrario la tracción rompe la sutura, al cabo de días se crea una cicatriz cutánea, una estenosis y al final un megacolon. Así que felicitamos a la Dra. Murguía por el trabajo presentado.

Dra. Murguía de Roso: Yo quería agradecer a los colegas que se ocuparon de esta presentación y estamos perfectamente de acuerdo, de que es la indicación ideal que no siempre puede hacerse. Los mongólicos, las cardiopatías graves, las asociaciones por otras malformaciones, pueden a veces hacer que esta intervención no pueda realizarse. La colostomía es una operación que si bien resuelve sencillamente y en muy poco tiempo el problema de la oclusión, después trae algunos problemas, tanto en el desarrollo del niño que siempre es un niño hipodesarrollado, más bien anémico y que no siempre en el segundo tiempo cuando se haga el descenso, la operación va a tener menos riesgos y, por último, uno siempre tiene que pensar qué es lo que le entrega a la madre. En este caso se le entrega a la madre un niño que si bien está operado, prácticamente se parece bastante a un niño normal. En el otro caso un niño en el cual se suma todo el trabajo que dan los recién nacidos más cuidar una colostomía, cosa bastante difícil ya en el adulto, mucho más en un niño pequeño. De manera que el factor psicológico es también muy importante, porque después vienen los problemas familiares, de si será por causa de la familia del marido, de la mujer, en fin muchos problemas. En cambio en el postoperatorio es mucho más corto y si el niño queda —por lo menos aparentemente— bien, obviamos muchos inconvenientes. Traje una placa para mostrar que no siempre las atresias dan oclusión, sino que cuando hay fístulas, y éstas son lo suficientemente importantes, que permiten la eliminación de gases y aún materias, no hay oclusión pero van al megacolon secundario. Pueden llegar a la edad adulta y constituyen los mal llamados anos ectópicos.

Aquí tenemos una atresia con una fistula perineal y sin embargo en estos momentos no hay cuadro oclusivo. Sin embargo debe conocerse que existe una atresia para no dejar desarrollar después un megacolon y poder resolverse en este momento por una intervención de mucha menor entidad. En cuanto al problema de las incisiones, hemos hecho la para-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

mediana y no hemos tenido ningún problema de cicatrización, cosa que es bastante frecuente, y hemos hecho la paramediana porque nos pareció que era mejor si teníamos que liberar mucho el sigmoide llegábamos fácilmente a dominar todo ese plano. Y también si teníamos que ir a la pelvis que no es muy profunda pero que es un poco difícil de trabajar, nos pareció que llegábamos con más facilidad. Sin embargo en una oportunidad hicimos una herida de la vejiga en un caso que era una megavejiga. De manera que yo creo que cualquiera de las dos incisiones pueden emplearse y que no hay mayores inconvenientes.