

Atresias anorrectales

Dr. WALTER TAIBO *

Las atresias anorrectales pueden ser, en algunas de sus formas clínicas, causa de oclusión intestinal en el recién nacido.

Es una afección con una frecuencia que oscila según las estadísticas entre 1 en 1.500 a 1 en 5.000 nacimientos (1). En su patogenia intervienen alteraciones que se producen en el desarrollo embriológico del ano y recto. Cualquiera sea la causa que actúe, ella lo hace entre la quinta y sexta semanas de vida.

En ese estado de la evolución embrionaria el conducto alantoideo y el intestino terminal tienen una terminación común, la cloaca. La cloaca está separada del exterior por una membrana, la llamada membrana cloacal, y dividida verticalmente en dos por el tabique urogenital, que determina en ella dos porciones, la anterior que va a dar origen a la vejiga y uretra y la posterior que va a generar el recto definitivo. Estas dos porciones se comunican con el exterior en distintos momentos: la anterior alrededor de la séptima semana y la posterior algo más tarde, por reabsorción de la membrana cloacal.

El ano que se desarrolla a partir de una invaginación externa, llamada proctodeo, se separa del recto por la membrana cloacal, que se reabsorbe en la octava semana.

Dada la complejidad de esta evolución se comprende la posibilidad de alteraciones congénitas de la región.

Si no se reabsorbe la membrana anal y ella persiste más allá del nacimiento, se produce la auténtica *imperforación anal*.

Si, en cambio, existe una anomalía en el desarrollo del tabique urogenital, aparecen en el recién nacido, comunicaciones anómalas entre el tracto urinario y rectal en el varón, o rectal y vaginal en la niña, se trata entonces de *fístulas*.

Si, el defecto embriológico es de mayor importancia y afecta la evolución rectal, aparecen las *atresias anorrectales*. Estas pueden o no acompañarse de fístulas.

Según una clasificación, ya clásica, que debemos a Ladd y Gross (2), estas anomalías se pueden clasificar en *cuatro grandes tipos*. En el *tipo 1*, se produciría una reabsorción incompleta de la membrana anal, dando como consecuencia un diámetro disminuido del orificio anal: *estrechez rectal*. En el *tipo 2*, la membrana no se reabsorbe, y como consecuencia el canal anal no se pone en comunicación con el exterior: es la *imperforación anal*. En el *tipo 3*, el ano imperforado se acompaña de un recto atrás'co, con un fondo rectal ciego a

distancia. A ello se asocia, o no, la fístula. Es la *atresia anorrectal*.

Finalmente, en la *cuarta variedad*, el ano y el canal anal son normales, pero están separados del fondo del saco rectal por una zona atrésica.

Las fístulas raramente se asocian a los tipos 1 y 2, se ven en cambio con mayor frecuencia en el tipo 3. No hemos tenido aún oportunidad de ver una malformación de tipo 4, que son las menos frecuentes.

El trayecto anómalo fistuloso puede hacer variados trayectos. En el varón comunican el recto con la vejiga, con la uretra, o con el periné, dando en este caso un mal llamado ano ectópico, ya que no funciona como ano. En la niña, las fístulas más frecuentes son las rectovaginales o perineales, no viéndose, por la disposición anatómica, las rectovesicales. La más frecuente de estas malformaciones son las del tipo 3, y la menos frecuente las del tipo 4. Las estadísticas varían, pero en la práctica las del tipo 3 son las que más se ven en nuestro medio, siendo también frecuentes las del tipo 2. Nunca hemos visto las del tipo 4, aunque hay casos en nuestro medio, de otros colegas.

Sintomatología.— Como se comprende la clínica va a tener distintas manifestaciones según el tipo que se considere. Sin embargo, fácil es comprender que estas malformaciones pueden presentarse con o sin oclusión intestinal, según haya en ellas comunicación o no del ciego con el exterior. También es fácil comprender que modifican los hechos clínicos la presencia o no de fístulas. Estas fístulas a veces solucionan momentáneamente el problema del tránsito intestinal, si tienen un diámetro suficiente y comunican el recto con el exterior, o con la vagina.

De acuerdo a estas precisiones, veamos la sintomatología propia de cada variedad. En el tipo 1 evidentemente no hay síntomas de oclusión intestinal. El diagnóstico se hace, en general, cuando el cirujano es llevado a efectuar un tacto rectal por dificultades en la defecación, o en casos más evolucionados, por la existencia de un fecaloma por encima del ano estenosado. Estas niñas pueden llegar a desarrollar un auténtico megacolon adquirido.

En el tipo 2, el clínico se encuentra frente a un recién nacido al que, la enfermera no le ha podido tomar la temperatura rectal y en ese momento se descubre la malformación. En otros casos ya en el momento del parto se hace el diagnóstico. En este sentido recomendamos que a todo recién nacido se le pase una sonda rectal en el momento del primer examen para diagnosticar más precozmente estas malformaciones. En el examen se comprueba

* Profesor Titular de Cirugía Infantil (Fac. Med. de Montevideo).

la ausencia del orificio anal y la existencia de una membrana, a través de la cual pugna por exteriorizarse el meconio. Si han pasado muchas horas del nacimiento se inicia ya la distensión abdominal correspondiente a una oclusión baja de colon.

Cuando nos hallamos frente a un paciente que puede ser clasificado como portador de una variedad tipo 3 de Ladd y Gross, las circunstancias varían fundamentalmente según tenga o no una fistula asociada, y varían también según la variedad de fistula de que se trate. Si se trata de un caso sin fistula se comprueba la falta del orificio anal, y localmente se anota, a veces una depresión en la zona correspondiente al esfínter, que habitualmente no participa de la malformación, distinto origen embriológico. Si ya han pasado algunas horas de nacido, se instalan los síntomas de la oclusión intestinal: distensión, timpanismo, etc., etc.

Cuando existe una fistula rectoperineal o recto vaginal de un diámetro suficiente, la oclusión no aparece, el paciente expulsa gases y materias por dicha fistula. Posteriormente aparecerá el megacolon o se completará la suboclusión existente. Si la fistula comunica el recto con la vejiga podrá aparecer una fecaluria; y radiológicamente podrá precisarse la existencia de aire en la vejiga.

En la variedad tipo 4, el diagnóstico es difícil en un primer momento ya que el niño presenta la región anal de características normales, consultan en general por falta de deposiciones y la distensión abdominal. Una sonda rectal, al encontrar un obstáculo a su pasaje, hace el diagnóstico.

RADIOLOGIA

La radiología es un indispensable auxiliar de diagnóstico. Si existen fistulas pueden aparecer imágenes aéreas en la vía urinaria. Si la fistula es externa, pueden obtenerse imágenes contrastadas de su trayecto. Si no hay fistulas externas se puede saber a qué distancia se halla el fondo rectal de la piel —lo que interesa para el plan terapéutico— obteniendo una radiografía simple de abdomen con el niño cabeza abajo y reperando el esfínter con un objeto opaco a los rayos X. De esa manera —procedimiento de Wangsteen y Rice (3)—, la distancia entre el aire del fondo rectal y el reper determina a cuántos centímetros se halla aquél de la piel perineal.

TRATAMIENTO

Si se trata de una estenosis rectal será suficiente las dilataciones para resolver el problema. No existe, en estos casos, indicación quirúrgica. Si nos hallamos frente a una imperforación anal, tipo 2, la incisión en cruz de la membrana y la sutura de los bordes a la piel está indicada. Prácticamente sin anestesia. Posteriores dilataciones son habitualmente necesarias.

El problema terapéutico, indicación, momento y vía de abordaje se plantea para las malformaciones altas, tipos 3 y 4 de Ladd y Gross.

Vías de abordaje.—Las vías de abordaje dependen de dos hechos: la distancia de la piel perineal del fondo rectal y la existencia de fistulas. Si el fondo de saco está a más de 2 centímetros la vía debe ser combinada perineal y abdominal. Si hay fistula vesical o vaginal alta, también la vía de elección debe ser combinada. La vía perineal exclusiva debe reservarse para aquellos casos en que la distancia no sobrepase los 2 centímetros y no haya fistula vesical.

Cuando se efectúa la vía abdominoperineal, usada por los cirujanos en nuestro medio, o la sacroabdominoperineal preconizada por Freeman (4), o la sacroperineal de Stevens (5) (en estas dos últimas no tenemos experiencia en nuestro medio), el problema que se plantea es el de la oportunidad. Se debe hacer en un tiempo, en el recién nacido con buen estado general y con más de 2 kilos y medio de peso, y hacerlo en forma diferida, en varios tiempos en aquellos casos en que dichas condiciones no se cumplan. Esta, parece ser la opinión preponderante en el momento actual en los centros de cirugía pediátrica.

Los argumentos en favor del tratamiento en un tiempo son fundamentalmente la integración del niño sin mayores problemas a su hogar, la solución de probables fistulas no diagnosticadas, las complicaciones de la colostomía previa, etc. Los argumentos en favor de colostomía previa, descenso al ano y cierre posterior de la colostomía, son fundamentalmente el hecho de un mayor diámetro pelviano y una mejor visualización del esfínter en el niño más grande.

En los pacientes del tipo 4, se debe efectuar un descenso por vía abdominoperineal tipo Swenson, como se hace en el Hirschsprung.

PRONOSTICO

El pronóstico vital es bueno. Si el estado general es aceptable, la mortalidad es baja. El pronóstico funcional está gravado por la posibilidad de incontinencia anal de muy difícil solución. La estrechez, en cambio, mejora con las dilataciones.

RESUMEN

Se estudian las atresias anorrectales, como posible causa de las oclusiones intestinales en el recién nacido.

Se analiza, brevemente, la incidencia y la embriología de esta afección.

Se efectúa el estudio clínico de su sintomatología, en sus distintas variedades.

Se señala el hecho de que la existencia en ellas de oclusión o no, depende de una posible conexión con el exterior a través de fistulas perineales o vaginales de diámetro suficiente.

Se analiza la importancia de la radiología para precisar el tipo de malformación y para determinar el plan terapéutico.

Se estudia la indicación y vías de abordaje en las distintas posibilidades clínicas, de acuerdo a la experiencia en nuestro medio.

RÉSUMÉ

Les atrésies anorectales sont étudiées comme cause de occlusion intestinale chez le nouveau-né.

On analyse brièvement l'incidence et l'incidence et l'embryologie de cette affection on fait l'étude clinique de ses différents formes.

On signale que l'existence de l'occlusion dans la symptomatologie dépend de l'établissement d'une connexion avec l'extérieur par une fistule vaginale ou périnéale dont le diamètre est suffisant.

On remarque l'importance de la radiologie pour mieux connaître le type de la malformation et pour déterminer le plan thérapeutique.

On étudie l'indication opératoire et les voies d'abord dans les différents formes cliniques, selon l'expérience de notre milieu.

SUMMARY

A study of anorectal atresia as possible cause of intestinal obstruction in the newborn is presented.

Its incidence and embryology are studied as well as the clinical picture of all its forms.

Is emphasized the fact that intestinal obstruction is not present when there is some communication to the exterior due to the presence of vaginal or perineal fistulae.

Radiology is most important in order to demonstrate the type of the anomaly and helps planning its treatment.

Operative indication and different surgical approaches are studied, depending on the experience obtained in our country.

BIBLIOGRAFIA

1. SANTULLI, T. V. Imperforación anal. Benson y cols. Tomo II, 930-947. Salvat, Editores, 1967.
2. LADD, W. E. y GROSS, R. E. Congenital malformations of the anus and rectum; report of 162 cases. *Am. J. Surg.*, 23: 167, 1934.
3. WANGEENSTEEN, O. H. y RICE, C. O. Imperforate anus. *Ann. Surg.*, 92: 97, 1930.
4. FREEMAN, N. V. Neonatal surgery. Richaham, P. P. y Jhonshon, J. H. Capítulo 32, 397-419
5. STEFHENS, F. D. Malformations of the anus. *Aus N. Z. J Surgery*, 23: 9 (citado por Freeman).