

Anorrectoplastia sagital posterior y colgajo rectal.

Dres. L.E. Zea Salazar, M. Cabrera Johson

Hospital del Niño "Francisco de Ycaza Bustamante. Guayaquil, Ecuador.

Resumen

Se describe una modificación a la técnica de anorrectoplastia sagital posterior de Peña para el tratamiento de las anomalías anorrectales. Por medio de un colgajo de base inferior en el fondo de saco rectal, se logra la construcción del neorrecto suficientemente largo, evitando la disección en la pared anterior, utilizando además la porción rectal que con la técnica original se hubiera extirpada.

Palabras clave: Anomalia anorrectal - Anorrectoplastía sagital posterior - Colgajo rectal.

Summary

A modification of the Peña's posterior sagittal anorectoplasty for the treatment of anorectal malformations is herein described. A caudal based rectal flap has been designed and tubularized to achieve enough length to reach the perineum. Thus, the anterior rectal wall is not dissected and no rectal portion is discarded when proper rectal sizing is performed.

Index words : Anorectal Malformations- Posterior sagittal anorectoplasty- Rectal flap.

Resumo

Describe-se uma modificação á técnica da anorretoplastia sagital posterior de Peña para o tratamento das anomalias anorretais. Por meio de um retalho de base inferior no fundo de saco retal, obtémse um neorecto suficientemente longo, evitando a dissecação na parede anterior, utilizando, além disso, a porção retal que com a técnica original seria extirpada.

Palavras chave: Anomalia anorretal - Anorretoplastia sagital posterior - Retalho retal.

Introducción

El acceso sagital posterior descrito por A. Peña para el tratamiento de las anomalías anorrectales es considerado en la actualidad la mejor vía para el tratamiento de las mismas, tanto por la magnífica exposición de la anatomía perineal, cuanto por los resultados funcionales obtenidos^{1,2,3,4,5}.

Sin embargo, como en todas las técnicas quirúrgicas para la corrección de estas anomalías hay riesgo de lesionar las estructuras vecinas durante la disección del saco rectal. Las posibles lesiones podrían comprometer la innervación vesical y rectal por la disección

del mismo^{3,5}. El saco rectal se encuentra muy aumentado en su diámetro, prácticamente en todos los casos. La operación descarta una porción de tejido del mismo como paso necesario para crear un tubo rectal que quepa entre las fibras musculares del llamado "complejo muscular estriado" generalmente poco desarrolladas.

Nosotros utilizamos la pared posterior del fondo de saco rectal que se encuentra en exceso para confeccionar un colgajo de base inferior, lo que nos permite crear un recto lo suficientemente largo para llegar al ano teórico sin tensión y sin la necesidad de disecar la cara ventral del fondo de saco rectal, preservando intacta su innervación y vascularización (Fig. 1 y 2).

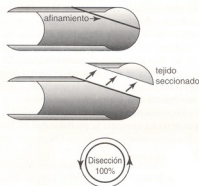


Fig. 1: técnica de Peña.

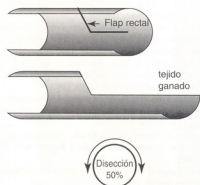


Fig. 2: técnica modificada.

Material y método

Decidimos usar esta técnica en aquellos pacientes con una anomalía alta y sin fistula rectourinaria. La operación es similar a la descrita por Peña^{1,2}, pero al llegar al fondo de saco rectal, procedemos a liberar únicamente su cara dorsal. La disección de esta cara es llevada en dirección cefálica tan alto como sea necesario de acuerdo a la distancia entre el recto y el sitio del neoano.

Luego procedemos a delinear el colgajo rectal, calculando su longitud y cuidando que su ancho no sea menor a un tercio y no mayor a la mitad de la circunferencia total del recto terminal.

Realizamos el corte de la pared intestinal en todo su espesor con el electrobisturí. Se inicia el corte en el medio del límite superior del colgajo, extendiéndonos luego hacia ambos lados hasta alcanzar el ancho que deseamos para el mismo. Dirigimos entonces nuestra incisión en sentido caudal por los límites latera-

les del colgajo que hemos delineado hasta alcanzar el fondo del saco rectal ciego. Al voltear el colgajo, se llega perfectamente al neoano sin ninguna tensión.

La pared intestinal se cierra sobre una sonda rectal de diámetro apropiado para la edad, con puntos separados de seda 4/0. El complejo muscular es aproximado sobre el tubo intestinal, completando la operación en forma similar a la técnica original^{1,2}.

Resultados

Desde 1990 hemos usado esta técnica en tres pacientes, dos niñas y un niño. Todos ellos con anomalías anorrectales altas sin fistula. Coincidentemente todos ellos tenían Síndrome de Down.

Caso 1: Una niña nacida con Síndrome de Down, comunicación interventricular y anomalía anorrectal alta sin fistula. Se le realizó colostomía a las 24 horas de vida. La uretrocistografía y el colograma determinaron la altura del recto y la ausencia de la fistula. Se le realizó una anorrectoplastia sagital posterior (ARPSP) con colgajo rectal, a la edad de 8 meses. Se pudo reconstruir su recto con un calibre 14 FR. La colostomía transversa derecha fue cerrada a la edad de 13 meses. Luego de más de dos años de seguimiento se encuentra completamente continente.

Caso 2: Una niña nacida con Síndrome de Down y anomalía anorrectal alta sin fistula. Se le realizó una colostomía a las 48 horas de vida. Llegó a nuestro hospital a la edad de 4 meses con una obstrucción intestinal. En la laparotomía encontramos una hernia interna que fue corregida, siendo dada e alta. Se le realizó una ARPSP con colgajo rectal a la edad de dos años,

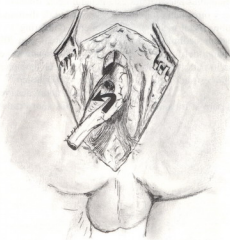


Fig. 3: abordaje sagital posterior. El flap de pared recta tiene su base en la porción distal de la ara anterior rectal, se vuelca y tubuliza para dar suficiente longitud al recto. Se trata de evitar toda disección en la cara anterior del recto.

reconstruyendo un recto sobre un tubo rectal de calibre 18 FR. La colostomía fue cerrada tres meses después. Luego de dos años de seguimiento, se encuentra con continencia normal.

Caso 3: Un varón nacido en 1990, portador de anomalía anorrectal alta, Síndrome de Down y comunicación interauricular. Se le realizó una colostomía a las 48 horas de vida. Se le realizó ARPSP con colgajo rectal a la edad de 16 meses, luego de comprobarse ausencia de una fistula recto-urinaria. Se construyó un neorrecto de calibre 12 FR. La colostomía se cerró a la edad de dos años. Luego de dos años de seguimiento, su continencia es buena y no mancha el pañal.

En todos nuestros pacientes se pudo crear un tubo intestinal de un calibre adecuado para la edad, y no hubo dificultad en llegar hasta el sitio del neocano. No se presentó isquemia del colgajo en ningún caso. En el caso 2 se presentó infección de la herida, que resultó debida a un pequeño defecto en la línea de sutura del recto, con la presencia de una fistula recto-cutánea comprobada por la salida de azul de metileno por la misma. Esta fistula cerró espontáneamente en dos semanas, gracias a la colostomía derivativa previa que usamos en todos los pacientes antes de la ARPSP, incluso los más bajos.

El cierre de la colostomía fue indicado luego de por lo menos tres meses de dilataciones anales. Los tres pacientes fueron continentes desde los primeros días post-cierre de colostomía, adquiriendo un buen control esfinteriano a pesar de la deficiencia mental propia del Síndrome de Down.

Discusión

El intestino terminal de los pacientes con anomalías anorrectales está generalmente dilatado^{1,2,6}. Peña y otros han establecido la necesidad de disminuir el calibre rectal mediante el afinamiento ("tapering")^{1,2,6}. Por este procedimiento se descarta entre un 30 y un 70% de la pared del fondo de saco rectal⁵. El afinamiento es necesario para lograr acomodar el recto en el "complejo muscular estriado" que muchas veces es hipoplásico^{1,2,6}.

Todas las técnicas hasta ahora desarrolladas para el tratamiento de las anomalías anorrectales,

han puesto gran cuidado en preservar la inervación y la integridad de las estructuras génito-urinarias pelvianas^{3,7}. La preservación del aporte sanguíneo al fondo de saco rectal es también muy importante. La inervación extrínseca puede ser necesaria para el mantenimiento del tono de la musculatura lisa anal¹. El abordaje sagital posterior permite la visualización exacta de la anatomía regional y también nos brinda una vía menos susceptible e provocar daño a las estructuras vecinas. Sin embargo la excesiva disección rectal aumenta la probabilidad de lesionar la inervación o vascularización de las vísceras involucradas y vecinas.

Con el colgajo rectal que describimos, podemos evitar la disección en el 50% ventral del fondo de saco rectal, evitando estos riesgos.

Bibliografía

1. De Vries P, Peña A: Posterior sagittal anorectoplasty. *J Pediatr Surg*, 17:638-643, 1982.
2. Durham Smith E: The bath water needs changing, but don't throw out the baby: An overview of anorectal anomalies. *J Pediatr Surg* 22:335-348, 1987.
3. Hedlund H, Peña A: Does the distal rectal muscle in anorectal malformations have the functional properties of a sphincter? *J Pediatr Surg* 25:985-989, 1990.
4. Peña A, DeVries PA: Posterior sagittal anorectoplasty: Important technical considerations and new applications. *J Pediatr Surg* 27:796-811, 1982.
5. Wiseman NE, Dexter A: The Krasko approach to the repair of recurrent rectourethral fistula. *J Pediatr Surg* 27:342-346, 1982.
6. Peña A: Surgical Management of anorectal malformations: A unified concept. *Ped Surg Int* 3:82-93, 1988.
7. Peña A, Bonilla E, Mendez M et al: The posterior sagittal approach: Further pediatric applications. *Ped Surg Int* 7:274-278, 1992.

Trabajo aceptado para su publicación en

Dr. L.E. Zea Salazar

Calle quinta #303, Miraflores
Guayaquil, Ecuador