

11210

5
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "

ANORRECTOPLASTIA SAGITAL POSTERIOR EN PACIENTES CON
MALFORMACIONES ANORRECTALES. EXPERIENCIA EN EL
HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "
I.S.S.S.T.E.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE

CIRUGIA PEDIATRICA

PRESENTA EL

Dr. Eleuterio Antonio Castellanos Villegas


Dr. Jorge F. Robles Alarcón
Coordinador de
SUBDIRECCION GENERAL DE DESARROLLO
e Investigación.


Dr. Guillermo Gonzalez R.
Profesor titular del
curso de cirugía
pediátrica I.S.S.S.T.E.

México D.F., noviembre de 1990

-90

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

<i>INTRODUCCION.....</i>	<i>1</i>
<i>MATERIAL Y METODOS...6</i>	
<i>RESULTADOS.....7</i>	
<i>DISCUSION.....9</i>	
<i>CONCLUSIONES.....13</i>	
<i>CUADROS.....15</i>	
<i>BIBLIOGRAFIA.....19</i>	

INTRODUCCION

La malformación de la columna vertebral es una de las enfermedades más frecuentes en la detección oportuna. En el caso de la enfermedad de la columna vertebral, la detección es actualmente fácil, por lo que el diagnóstico de algunas de sus aspectos técnicos a través de su manejo integral, puede originar complicaciones bastante importantes, como son la incontinencia fecal y urinaria entre otras. A través del estudio de dichos pacientes, los cuales llevan a trastornos psicológicos importantes y por ende poseedores de una calidad de vida disminuida (1, 2, 3).

La incidencia estimada para estas enfermedades es de un caso por cada mil a mil quinientos (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100). La incidencia de la enfermedad de la columna vertebral es de un caso por cada mil a mil quinientos (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100).

Las primeras descripciones de las malformaciones de la columna vertebral, se registran desde tiempos de los antiguos griegos, romanos, en 1800 y los años 1810, 1820, 1830, 1840, 1850, 1860, 1870, 1880, 1890, 1900, 1910, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, 2020, 2030, 2040, 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2130, 2140, 2150, 2160, 2170, 2180, 2190, 2200, 2210, 2220, 2230, 2240, 2250, 2260, 2270, 2280, 2290, 2300, 2310, 2320, 2330, 2340, 2350, 2360, 2370, 2380, 2390, 2400, 2410, 2420, 2430, 2440, 2450, 2460, 2470, 2480, 2490, 2500, 2510, 2520, 2530, 2540, 2550, 2560, 2570, 2580, 2590, 2600, 2610, 2620, 2630, 2640, 2650, 2660, 2670, 2680, 2690, 2700, 2710, 2720, 2730, 2740, 2750, 2760, 2770, 2780, 2790, 2800, 2810, 2820, 2830, 2840, 2850, 2860, 2870, 2880, 2890, 2900, 2910, 2920, 2930, 2940, 2950, 2960, 2970, 2980, 2990, 3000, 3010, 3020, 3030, 3040, 3050, 3060, 3070, 3080, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3150, 3160, 3170, 3180, 3190, 3200, 3210, 3220, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280, 3290, 3300, 3310, 3320, 3330, 3340, 3350, 3360, 3370, 3380, 3390, 3400, 3410, 3420, 3430, 3440, 3450, 3460, 3470, 3480, 3490, 3500, 3510, 3520, 3530, 3540, 3550, 3560, 3570, 3580, 3590, 3600, 3610, 3620, 3630, 3640, 3650, 3660, 3670, 3680, 3690, 3700, 3710, 3720, 3730, 3740, 3750, 3760, 3770, 3780, 3790, 3800, 3810, 3820, 3830, 3840, 3850, 3860, 3870, 3880, 3890, 3900, 3910, 3920, 3930, 3940, 3950, 3960, 3970, 3980, 3990, 4000, 4010, 4020, 4030, 4040, 4050, 4060, 4070, 4080, 4090, 4100, 4110, 4120, 4130, 4140, 4150, 4160, 4170, 4180, 4190, 4200, 4210, 4220, 4230, 4240, 4250, 4260, 4270, 4280, 4290, 4300, 4310, 4320, 4330, 4340, 4350, 4360, 4370, 4380, 4390, 4400, 4410, 4420, 4430, 4440, 4450, 4460, 4470, 4480, 4490, 4500, 4510, 4520, 4530, 4540, 4550, 4560, 4570, 4580, 4590, 4600, 4610, 4620, 4630, 4640, 4650, 4660, 4670, 4680, 4690, 4700, 4710, 4720, 4730, 4740, 4750, 4760, 4770, 4780, 4790, 4800, 4810, 4820, 4830, 4840, 4850, 4860, 4870, 4880, 4890, 4900, 4910, 4920, 4930, 4940, 4950, 4960, 4970, 4980, 4990, 5000, 5010, 5020, 5030, 5040, 5050, 5060, 5070, 5080, 5090, 5100, 5110, 5120, 5130, 5140, 5150, 5160, 5170, 5180, 5190, 5200, 5210, 5220, 5230, 5240, 5250, 5260, 5270, 5280, 5290, 5300, 5310, 5320, 5330, 5340, 5350, 5360, 5370, 5380, 5390, 5400, 5410, 5420, 5430, 5440, 5450, 5460, 5470, 5480, 5490, 5500, 5510, 5520, 5530, 5540, 5550, 5560, 5570, 5580, 5590, 5600, 5610, 5620, 5630, 5640, 5650, 5660, 5670, 5680, 5690, 5700, 5710, 5720, 5730, 5740, 5750, 5760, 5770, 5780, 5790, 5800, 5810, 5820, 5830, 5840, 5850, 5860, 5870, 5880, 5890, 5900, 5910, 5920, 5930, 5940, 5950, 5960, 5970, 5980, 5990, 6000, 6010, 6020, 6030, 6040, 6050, 6060, 6070, 6080, 6090, 6100, 6110, 6120, 6130, 6140, 6150, 6160, 6170, 6180, 6190, 6200, 6210, 6220, 6230, 6240, 6250, 6260, 6270, 6280, 6290, 6300, 6310, 6320, 6330, 6340, 6350, 6360, 6370, 6380, 6390, 6400, 6410, 6420, 6430, 6440, 6450, 6460, 6470, 6480, 6490, 6500, 6510, 6520, 6530, 6540, 6550, 6560, 6570, 6580, 6590, 6600, 6610, 6620, 6630, 6640, 6650, 6660, 6670, 6680, 6690, 6700, 6710, 6720, 6730, 6740, 6750, 6760, 6770, 6780, 6790, 6800, 6810, 6820, 6830, 6840, 6850, 6860, 6870, 6880, 6890, 6900, 6910, 6920, 6930, 6940, 6950, 6960, 6970, 6980, 6990, 7000, 7010, 7020, 7030, 7040, 7050, 7060, 7070, 7080, 7090, 7100, 7110, 7120, 7130, 7140, 7150, 7160, 7170, 7180, 7190, 7200, 7210, 7220, 7230, 7240, 7250, 7260, 7270, 7280, 7290, 7300, 7310, 7320, 7330, 7340, 7350, 7360, 7370, 7380, 7390, 7400, 7410, 7420, 7430, 7440, 7450, 7460, 7470, 7480, 7490, 7500, 7510, 7520, 7530, 7540, 7550, 7560, 7570, 7580, 7590, 7600, 7610, 7620, 7630, 7640, 7650, 7660, 7670, 7680, 7690, 7700, 7710, 7720, 7730, 7740, 7750, 7760, 7770, 7780, 7790, 7800, 7810, 7820, 7830, 7840, 7850, 7860, 7870, 7880, 7890, 7900, 7910, 7920, 7930, 7940, 7950, 7960, 7970, 7980, 7990, 8000, 8010, 8020, 8030, 8040, 8050, 8060, 8070, 8080, 8090, 8100, 8110, 8120, 8130, 8140, 8150, 8160, 8170, 8180, 8190, 8200, 8210, 8220, 8230, 8240, 8250, 8260, 8270, 8280, 8290, 8300, 8310, 8320, 8330, 8340, 8350, 8360, 8370, 8380, 8390, 8400, 8410, 8420, 8430, 8440, 8450, 8460, 8470, 8480, 8490, 8500, 8510, 8520, 8530, 8540, 8550, 8560, 8570, 8580, 8590, 8600, 8610, 8620, 8630, 8640, 8650, 8660, 8670, 8680, 8690, 8700, 8710, 8720, 8730, 8740, 8750, 8760, 8770, 8780, 8790, 8800, 8810, 8820, 8830, 8840, 8850, 8860, 8870, 8880, 8890, 8900, 8910, 8920, 8930, 8940, 8950, 8960, 8970, 8980, 8990, 9000, 9010, 9020, 9030, 9040, 9050, 9060, 9070, 9080, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160, 9170, 9180, 9190, 9200, 9210, 9220, 9230, 9240, 9250, 9260, 9270, 9280, 9290, 9300, 9310, 9320, 9330, 9340, 9350, 9360, 9370, 9380, 9390, 9400, 9410, 9420, 9430, 9440, 9450, 9460, 9470, 9480, 9490, 9500, 9510, 9520, 9530, 9540, 9550, 9560, 9570, 9580, 9590, 9600, 9610, 9620, 9630, 9640, 9650, 9660, 9670, 9680, 9690, 9700, 9710, 9720, 9730, 9740, 9750, 9760, 9770, 9780, 9790, 9800, 9810, 9820, 9830, 9840, 9850, 9860, 9870, 9880, 9890, 9900, 9910, 9920, 9930, 9940, 9950, 9960, 9970, 9980, 9990, 10000).

regular la apertura de la viscera y dar al piso de la resistencia en contra de la presión abdominal (13, 15).

El musculo elevador de ano se encuentra mas proximal tanto con las fibras del musculo esfinter externo, formando un bloque muscular en forma de diafragma fibromuscular. El musculo mas inferior del grupo de elevadores, lo constituye el musculo puborrectal, el cual ejerce un efecto de esfinter al rodear el conducto anal superior (15). Los grandes progresos en el conocimiento de la anatomia y fisiologia involucrada en la continencia anal, ha sido gracias a la visualizacion directa de sus componentes anatomicos por medio del procedimiento quirurgico de abscision digital posterior, asi como por la aplicacion del electrostimulador muscular (segun tambien por el Dr. Peña (12, 13, 14, 15, 23).

La clasificaci6n optima para estas malformaciones, es la internacional, tomando como base, la situaci6n del mu6n rectal, en relaci6n con la linea imaginaria subococcigea, tratada en un triángulo (13, 18, 24). Clasificandose a grosso modo en malformaciones bajas, intermedias, altas y mixtas (17). Es de gran utilidad tambien reconocer el tipo de fistula, as como las malformaciones asociadas. La importancia de una clasificaci6n precisa, estriba en la diferencia de los protocolos de manejo quirurgico de cada una de ellas (12, 13, 18, 23). Si no se puede clasificar adecuadamente al paciente, se manejará como si su malformaci6n fuera alta (17, 24).

El diagnostico se realiza en el recién nacido, al

apreciar la ausencia del conducto anal, presencia o ausencia
de fistula y de malformaciones asociadas.

También se puede apreciar la salida de secreción por el
meato uretral, vagina, ureterostomía o fístula de una derivación
anal (10, 13, 23). Si no se realiza el diagnóstico oportuno,
el paciente presentará un síndrome de obstrucción intestinal
(1, 8, 23). La radiografía simple de abdomen, valorará la
distribución del aire intestinal y se toma a ocho horas de
vida extrauterina, se efectuara el intestinograma de Hangesteen-
Rice, bajo fluoroscopia directa, marcándose un margen de
sección de hasta un 100% (4, 15, 19). Se realiza la colostomía
derivativa, se realiza radiograma distal, acompañándose en
ocasiones de un intestinograma miccional, para la adecuada
clasificación de las malformaciones (19). Otros estudios de
diagnóstico que se pueden utilizar son el ultrasonido, la tomografía
axial computarizada y la resonancia magnética (3, 4,
21, 22).

Se han elaborado protocolos de manejo, específicos para
cada tipo de malformaciones anorrectales, basar en los nombres,
se debe tratar con una anorrectoplastia sagital Posterior
minima (A.R.P.S.M.), sin esperar la realización de sigmoido-
stomía derivativa previa. En las mujeres las malformaciones
bajas, se tratan inicialmente con dilataciones de su fistula,
por un lapso de tres meses, realizándose posteriormente An-
orrectoplastia sagital posterior minima (15, 16). El manejo
inicial de una malformación alta, es la sigmoidostomía proxi-
mal (15, 17), dentro de las primeras horas de vida extrauteri-

es. El procedimiento definitivo para las malformaciones altas es el ideado por el Dr. Roca, en que la anorectaloplastia Sagital Posterior ha presentado los mejores resultados en cuanto a continencia fecal y urinaria se refiere (5, 9, 11, 23).

Se realiza a los cuatro meses de edad o a los seis kg. de peso. Explicándosele a groso modo, consiste en un abordaje sagital posterior, con el electroestimulador se identifican los músculos que forman el complejo muscular, incidiéndose por la línea media, se abre el fondo del saco rectal, se cierra la fistula, el intestino distal se le realiza adelgazamiento de su diámetro y posteriormente se pasa a través del complejo muscular, se cierra por los planos y posteriormente se realiza la anoplastia (5, 12, 13, 15, 23). A las dos semanas de postoperatorio, se inicia el protocolo de dilataciones, el cual se sigue por espacio de cuatro meses como promedio, al cabo de los cuales se cierra la sigmoidostoma (17).

Las complicaciones se dividen en inmediatas y tardías. Dentro de las primeras tenemos, la realización de la sigmoidostoma en un lugar inadecuado, así como necrosis, dehiscencia, prolapso y desmoronamiento de las bocas de la misma (5, 12, 13, 23), así como también las lesiones a uretra, próstata, vejiga y una inadecuada denudación del anillo rectal, generalmente por una técnica inadecuada de A.R.P.S.P. (11, 13). Otras complicaciones inmediatas con la inyección y dehiscencia de la anoplastia, generalmente por no efectuarse debidamente la preparación preoperatoria del colon (5, 13).

Presencia de las colonias ciliadas típicas de la enfermedad, la estenosis anal, así como la incompetencia vesical, la cual varía según el tipo de anastomosis definitiva empleada. La A.M.P.-S.P. ha reportado en estudios de seguimiento, una continencia fecal mayor al 90% al año 1984.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron las experiencias de 101 niños con diagnóstico de malformación anorrectal, a los cuales se les efectuó la técnica quirúrgica de anastomosis colital posterior tipo Peña. En el servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional "Dr. Adolfo López Mateos" de Toluca, D.F. En el periodo de tiempo comprendido en este estudio fue de febrero de 1983 a noviembre de 1984, ingresando en el H.R. los siguientes datos: ficha de identificación, edad actual, tipo de malformación anorrectal, tipo de malformación asociada, edad en la que se realizó la sigmoidostomía, edad en que se realizó la A.M.-S.P., edad al cierre de la colostomía, valoración de la evolución clínica postoperatoria e incidencia de las complicaciones.

RESULTADOS

Analizamos los veinte casos de Neoformaciones Anaplasar-
les, el 75% se clasificó como carcinomas (M.A.R.A.) con quince
casos y el 25% como carcinomas (M.A.R.B.) con cinco casos (cuadro
I). El 53% de los pacientes con M.A.R.A. fueron del sexo mascu-
lino con ocho casos (cuadro II) en los pacientes con M.A.R.B.
predomina el sexo femenino con tres casos (cuadro III). En el
70% de los pacientes con M.A.R.A. se le realizó la sigmoidos-
tomia dentro de las primeras 24 hrs. de vida extrauterina
(V.E.U.), al 40% dentro del segundo día de V.E.U. y solamente
a un paciente se le realizó a los 5 meses de edad, siendo
trasladado a otro hospital. A todos los pacientes con M.A.R.A.
se les realizó anorectoclastia sagital posterior (A.R.P.S.P.)
y a los pacientes con M.A.R.B. se les realizó A.R.P.S.P. en su
variación mínima. El promedio de edad a la cual se realizó la
A.R.P.S.P. fue de 1.1 meses, con un rango de un mes a tres
años. El cierre de la sigmoidostomía se realizó como promedio
a los 4.6 meses posteriores al procedimiento definitivo, con
un rango de tres a ocho meses. El 40% de los pacientes con
M.A.R.A. (quince pacientes), se encontró déficit oromotor,
cuatro con síndrome de Down y tres con retraso oromotor.
Como malformaciones asociadas, el 60% presentó malformación
urogenital, con presencia de fistula en sus diferentes varia-
ntes (nueve casos) (cuadro IV). El tipo de fistula predomina-
nte en los hombres con M.A.R.A. fue la rectobular (dos casos),
así como en las mujeres el tipo más frecuente fue la rectovesi-

regular con los días.

En las H.A.R.S. tanto hombres como mujeres presentaron en 100% fistula, predominantemente en los hombres la perianal con los casos. Solamente los pacientes presentaron ausencia de una o tres vértebras sacras, ambos poseedores de H.A.R.S.

En cuanto a su evaluación clínica postoperatoria, el 100% presenta sensación de ímpetu, así como la continencia rectal y urinaria. El manchado de materia fecal se presenta en el 46% (siete pacientes) postoperatorios de A.R.P.S.P. por H.A.R.S., siendo de características mínimas, ocasionales en todos los casos (cuadro 4).

La constipación se presenta en 46% (5 pacientes) de los postoperatorios de A.R.P.S.P. y en ninguno postoperatorio de A.R.P.S.P., clasificándose en todos los casos como grado I, por ser mínimo y ceder con manejo médico a base de dieta laxante. La presencia de evacuaciones bajas en consistencia, no se aprecia actualmente en ningún paciente.

Dentro de las principales complicaciones postoperatorias de A.R.P.S.P. se presenta estenosis anorrectal en siete pacientes (46%) (cuadro 4), así como en el 20% la supuración intestinal, 20% con laceración anal, 20% con lesión de útrix en el transoperatorio. El 14% (dos pacientes) tuvieron fístula rectal reduyente. La infección en la herida quirúrgica solamente se encontró en un paciente postoperatorio de A.R.P.S.P. por H.A.R.S. El 16% (cuatro pacientes) presentaron las siguientes complicaciones de la sigmoidostomía: un caso de la dehiscencia

la herida quirúrgica, profusa de la boca, narrada de la boca y un caso de obstrucción intestinal en el postoperatorio inmediato.

DISCUSION

Con el avance de la proctociasta sagital posterior que causa las malformaciones anorrectales, la calidad de la vida de estos pacientes ha mejorado en forma notable.

Gracias a que ha mejorado el conocimiento de las estructuras anatómicas de la región, tanto por el uso del electroestimulador, así como por el tipo de abordaje empleado. En nuestro estudio se aprecia un franco predominio del sexo masculino (11 a 17), en las malformaciones altas, siendo mayor que el reportado por la literatura en una proporción de 2 a 1. El sexo que predomina en los pacientes con D.A.R.A. fue el femenino, con discrepancia de la paciente entre el sexo contrario, por lo que casi concuerda con la relación 1 a 1 que se reporta en otros trabajos (9, 10, 12, 21). Casi la totalidad de pacientes con D.A.R.A. se les realizó la stomalectomía proximal dentro de las primeras 48hrs. — de vida, lo cual se justifica por el Dr. Peña (17).

En ningún caso se presentaron casos de obstrucción intestinal, habiéndose diagnosticado oportunamente en la sala de recuperación. Solamente un paciente se retiró a los 6 meses de edad, lo que nos fue trasladado de otro hospital, habiendo pasado con manejo a corto de distensiones de la fistula colónica. El síndrome de dependencia por los pacientes al realizarse la D.A.R.A. fue de 7.2 meses, discretamente

superior a la recomendada por otros autores (5, 11, 12). El 80% de los pacientes presenta malformaciones asociadas, cifra dos veces superior a la reportada (5, 7, 13), predominando las fistulas en sus derivaciones cecocolica y 41, sobre la cecada. El tipo de fistula predominante en los hombres con H.A.R.A. fue la rectosigmoidea y en las mujeres la rectovesibular. Cuando en la preparación de dichos malformaciones se realizó durante el transoperatorio del procedimiento definitivo. El porcentaje de aparición fue menor que el observado con respecto a la literatura en un 50-80% (15, 16).

También en mujeres, la presencia de fistula fue menor que la esperada, con una diferencia del 20% con respecto a otros reportes (2, 17, 18), apreciándose distinto predominio del tipo rectovesibular.

De alta porcentajes del estudio presento síndrome de Down, así como retraso psicomotor coincidiendo con lo referido en la literatura. (2, 19), refiriéndose una incidencia quince veces mayor para los portadores de dicho síndrome. En todos los casos se diagnosticó y realizó inicialmente con la exploración física, acompañándose después de un invertogramas, así como colonograma distal con disto-retrogrados, dándonos una exactitud diagnóstica muy importante.

La preparación del colon previa al procedimiento definitivo, se realizó desde tres días previos a la misma base de tole el esquema asintomático, enemas evacuantes, así como ayuno el último día (5, 6, 12, 20), evitando así complicaciones.

El procedimiento de A.R.P.P. en todos los casos fue realizado en forma especial por respecto a la reacción principal, el sangrado que sigue a las tres operaciones postoperatorias no representan una complicación importante (5, 6, 10, 11).

En todos los pacientes incluidos el protocolo de estadísticas anales a las tres etapas de postoperatorio (5, 6, 10, 11), el cual es factible de hacer por los padres del paciente.

La presencia de hemorragia de defecar, la ha considerado el Dr. Peña (19) como uno de los mejores indicadores de disfunción rectal. Todos nuestros pacientes la presentaron tanto en aquellos operados de A.R.P.P. por H.A.K.A. ya sea con o sin integridad de la vejiga rectal. En cuanto a la presencia de manchado, poco antes de la salida de los pacientes lo observamos en una forma casi constante en esos pacientes con mujeres, pero con el antecedente de haber presentado fistula rectovaginal, otra rectovaginal, así como una con presencia de fisura anal sin fistula (cuadro 3). Dos de esos pacientes son hembras con antecedentes de haber presentado fistula, reportando la literatura una correlación mayor con las fistulas rectovaginales, vaginales y con la presencia de cloaca (19, 21). El manchado no se presenta en los pacientes operados de A.R.P.P. indicados por lo referido en otras estadísticas (5, 6, 10, 11). Otro parámetro valorado fue la presencia de constipación (21), la cual en todos los casos se presenta con un grado 1 según la clasificación de Peña (19), siendo escasa.

El porcentaje de mortalidad fue menor al reportado por el mismo Dr. Peña (1961-1964), durante períodos epidemiológicos con poca consistencia, así como la morbilidad prevalente. Los pacientes con presencia de contacto a nivel de gástrico, se relacionan con una evolución favorable libre de complicaciones a

La complicación fue frecuente en los postoperatorios de A.R.P.S.R. fue la enteritis anastomótica en siete casos, lo cual coincide con la registrada por significativos (1961, Cuadro 4).

Dicha complicación se debe generalmente con una aplicación inadecuada del método de dilatación (1961), dejando unido inmediatamente al momento de operar, tanto se evita la anastomosis, ya que actualmente surge con frecuencia en su evolución postoperatoria, la cual produce la pérdida suboclusión intestinal, respondiendo adecuadamente a un manejo médico (análisis 5.10.12.13). La lesión accidental transoperatoria de la uretra, se presenta en 4 pacientes postoperatorios de A.R.P.S.R., generalmente por no realizar una adecuada dilatación de la pared anterior del recto, la reparación fue inmediata en todos los casos con extracción parcial de la uretra de larga duración así como con irrigación uretral por los siguientes, evolucionando todos satisfactoriamente. La presencia de mucosa rectal redundante o de otro, se repara por medio de una nueva anastomosis parcial (5.9.12.13). Un paciente postoperatorio de A.R.P.S.R. presentó infección de la herida quirúrgica, respondiendo a la administración de antimicrobianos y apoyo quirúrgico (15.19).

Solamente se reconocieron como complicaciones de la cirugía de la continencia consistente en la resección de la tercia y/o cuarta porción de la bota de la uretra, que por sí de la sola una oclusión intestinal de la postoperatorio inmediato, sacrificando los 3 últimos nuevos intervalos quirúrgicos para su corrección (cuadro 5). Ha que tener en cuenta que algunos pacientes tuvieron más de una complicación.

CONCLUSIONES

Las diverticulosis sigmoideas requieren un manejo precoz y oportuno para evitar complicaciones que pueden llegar a ser permanentes, como son la incontinencia fecal y urinaria.

El diagnóstico es sencillo primeramente por la exploración física, así como por la realización de un laxoograma, siendo sensiblemente más preciso con la realización de un colonoscopia ínter bato fluoroscopia directa acompañado de una fistulografía.

En toda U.R.L. se deberá realizar una sigmoidostomía proximal, dentro de las primeras 48 horas de vida extrauterina evitando así la oclusión intestinal del paciente.

La A.R.P.S.R. es el procedimiento quirúrgico que en la actualidad nos ofrece mejores resultados postoperatorios en cuanto a continencia fecal y urinaria, presentando una baja morbilidad.

La totalidad de nuestros pacientes presentaron continencia fecal y urinaria.

La presencia de dilataciones aórticas como en la ausencia de ventosas aórticas, así como la presencia de fistulas, no altera la evolución postoperatoria de estos pacientes, los cuales presentan resultados excelentes.

Un porcentaje bajo, solamente presenta marcha y constitución en forma muy anormal, sintomatología que puede mejorar con adiestramiento y apoyo físico.

La complicación más frecuente de los pacientes postoperatorios de J.R.P.S.P. fue la estenosis aórtica, la cual cede adecuadamente con dilataciones.

CUADRO I

DISTRIBUCION POR SEXO Y POCENTAJE DE LAS M.A.R.

T I P O D E MALFORMACIONES	NUMERO DE CASOS %		TOTAL DE CASOS %
	MASCULINO	FEMENINO	
M . A . R . A .	8 (53)	7 (46)	15 (75)
M . A . R . B .	2 (40)	3 (60)	5 (25)

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.I.E., NOVIEMBRE 1980

C U A D R O I I

DISTRIBUCION DE FISTULAS POR
SEXO EN M.A.R.

TIPOS DE FISTULAS	M.A.R.A.	M.A.R.B.	TOTAL
MASCULINO			
RECTOBULBAR	2	—	2
RECTOVESICAL	1	—	1
RECTOPROSTATICA	1	—	1
SIN FISTULA	4	—	4
FISTULA PERINEAL	—	2	2
TOTAL	8	2	10
MUJERES			
RECTOVESIBULAR	2	2	4
RECTOVAGINAL	1	—	1
SIN FISTULA	2	—	2
PERINEAL	—	1	1
TOTAL	5	3	8

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.I.E., NOVIEMBRE 1990

CUADRO III

VALORACION POSTOPERATORIA EN MALFORMACIONES ANORRECTALES

TIPO DE CIRUGIA	* MIV No. CASOS (%)	MANCHADO No. CASOS (%)	CONSTIPACION No. CASOS (%)	DIARREA No. CASOS (%)	CONT. URI. No. CASOS (%)
A.R.P.S.P. (15 CASOS)	15 (100)	7 (46) **	5 (33)	1 (6.6)	15 (100)
A.R.P.S.P.M (5 CASOS)	5 (100)	0 -	0 -	0 -	5 (100)

* MOVIMIENTOS INTESTINALES VOLUNTARIOS

** TODOS LOS CASOS FUERON GRADO I .

- TRES PACIENTES CON SX. DE DOWN

- TIPO DE FISTULA:

HOMBRES: SIN FISTULA (2)

MUJERES: VESTIBULAR (2)

 VAGINAL (1)

 CLOACA (1)

 SIN FISTULA (1)

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS "

I.S.S.S.T.E. NOVIEMBRE 1990

C U A D R O I U

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS A.R.P.S.P.

COMPLICACIONES	A.R.P.S.P. (%)	A.R.P.S.P.M. (%)
ESTENOSIS ANORRECTAL	7 (46) (+)	-
SUBOCCLUSION INTESITINAL	4 (26)	1 (20)
LACERACION ANAL	3 (20)	-
LESION URETRAL	3 (20) (++)	-
MUCOSA RECTAL REDUNDANTE	2 (13)	-
INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA	-	1 (20)

+ CINCO PACIENTE PRESENTARON MANCHADO GRADO I

++ TIPO DE FISTULA RELACIONADA: HOMBRÉS: RECTOBULAR (2)

SIN FISTULA (1)

MUJERES: CLOACA (1)

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL REGIONAL " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E., NOVIEMBRE 1990

C U A D R O U

COMPLICACIONES DE LAS SIGMOIDOSTOMIAS

COMPLICACIONES	No. DE CASOS
NECROSIS DE LA BOCA	1 *
DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRURGICA	1
PROLAPSO DE LA BOCA	1 *
OCCLUSION INTESITINAL	1 *

* AMERITO NUEVA INTERVENCION QUIRURGICA

FUENTE: ARCHIVO CLINICO DEL HOPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E., NOVIEMBRE 1990

BIBLIOGRAFIA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.-Cigarroa F.:Imperforate anus. Wolt but apparent low fistula in females. J. Pediat Surg. Vol. 23(1): 142-44 1988.
- 2.-Black T.:The association of imperforate anus and Down syndrome. J. Pediat Surg. 24(1): 82-94 1989.
- 3.-Donaldson J. et.al.:Ultrasound of the distal pouch in infants with imperforate anus. J. Pediat Surg. 24(5):465-468 1989.
- 4.-Esquivel V:Estudio comparativo ultrasonido e invertograma en la determinación de la altura de las malformaciones anorrectales. Memorias del XXIII congreso de cirugía pediátrica. 1980.
- 5.-Gonzalez R. G. et. al.:Malformaciones anorrectales. Trillas. 152-161. 1990.
- 6.-Guys J.M;Coquet M.;Combine approach in the treatment of anorectal malformations;MOPE procedure. J. Pediat Surg. 23(9):813-821 1988.
- 7.-Karren F.:Anorectal malformations: Evaluation of associated spinal dysraphic syndromes. J. Pediat Surg. 23(1): 45-48 1988.
- 8.-Martin L.:Colon and rectum. Kenneth J. Welch. Complications of pediatric surgery. Philadelphia, London, Toronto. 307-309 1982.
- 9.-Nieto E.J.:Descenso sagital posterior, experiencia en el Hospital Infantil de Mexico. Memorias XIII congreso de cirugía pediátrica. 51-52 1980.
- 10.-Lee D. G., Coran, A. G.:Imperforate anus. Coran, A. G. Little, Brown and company. Boston. 160-168 1978.
- 11.-Peña A.:Posterior sagittal anorectoplasty; important technical considerations and new applications. J. Pediat Surg. 17(6) 1982.
- 12.-Peña A.:Surgical treatment of imperforate anus. World J. Surg. (9): 236-243 1985.
- 13.-Peña A.:Posterior sagittal approach for the correction of anorectal malformations. Year Book Medical Publishers, Inc. 89-100 1986.
- 14.-Peña A.:Anatomical considerations relevant to fecal continence. Seminars in Surgical Oncology. 3:141-145 1987.
- 15.-Peña A.:Atlas of surgical management of anorectal malformations. Springer-Verlag New York Inc. 1990.

16.-Peña A.:Surgical management of anorectal malformations; Aunified concept. *Pediat Surg Int* (3) 82-93 1986.

17.-Peña A.:The role of colostomy in the management of anorectal malformations. *Pediat Surg Int.* (3):105-109 1986.

18.-Peña A.:Spectrum of genitourinary malformations in patients whit imperforate anus. *Pediat Surg Int.*(3):110-113 1986.

19.-Peña A.:Posterior sagittal anorectoplasty:Results in the management of 332 cases of anorectal malformations. *Pediat Surg. Int.* (3): 94-104 1986.

20.-Peña A.:Posterior sagittal anorectoplasty as a secondary operation for the treatment of rectal incontinence. *J. Pediat Surg.* 1986; 110-121 1986.

21.-Riquelme H.:Evaluación anatómica de la anorrectoplastia sagital posterior por medio de la resonancia magnetica nuclear en pacientes con malformaciones anorrectales. *Memorias XII congreso de cirugía pediátrica.* 1989.

22.-Sainz C.R.:Abordaje sagital posterior para tratar las lesiones de uretra posterior. *Memorias XXII congreso de cirugía pediátrica.* 1988.

23.-Welch K.:Anorectal malformations. Templeton,J.M. *Pediatric Surgery. Year Book medical publishers, Chicago, 4ta. edition.* 1985.

24.-Welch K.:Anorectal malformations. Kieseewetter W.B. *Pediatric Surgery. Year Book Medical Publishers,Chicago. 3ra edition.* 1979.