



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA PEDIATRICA**

11210
CIUDAD DE MEXICO
Servicios de Salud



ABORDAJE SAGITAL POSTERIOR EN NIÑOS

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A :

**DR. JOSE ANTONIO GONZALEZ GALICIA
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA**

DIRECTOR DE TESIS: DR. CARLOS BAEZA HERRERA

**FALLA DE ORIGEN
1995**

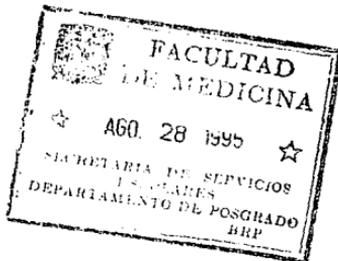


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

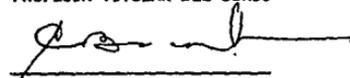
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



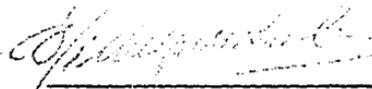
DR. CARLOS BAEZA HERRERA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



Vo.Bo.



DR. JOSE DE JESUS VILLALPANDO CASAS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Vo.Bo.

DIREC. GRAL. SERV. DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DEL D.F.
DIRECCION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Carlos Baeza Herrera por permitirme formar parte de el grupo de cirugía pediátrica y por su apoyo brindado en éstos tres años y en la realización de ésta tesis.

A los médicos adscritos del servicio de quienes aprendimos en las buenas y en las malas y de quienes recibimos invaluable consejos.

A mis padres por enseñarme el significado del éxito logrado con empeño y trabajo constante.

A mi esposa Griselda por su apoyo y comprensión por los días y noches de ausencia y por ser parte indispensable de mi vida.

A mi hija Marian por ser mi máxima inspiración y poseedora de todo mi amor.

A mis compañeros residentes por esforzarnos a ser mejores

Un especial agradecimiento a nuestros verdaderos maestros: los pacientes sin quienes éste trabajo y nuestro aprendizaje no hubiesen sido realizados.

INDICE

Introducción	1
Justificación	3
Objetivos	3
Material y Metodos	3
Discusión	5
Conclusiones	6
Bibliografía	7

INTRODUCCION

A traves de su vida profesional el cirujano frecuentemente encuentra una dualidad en sus conceptos anatómicos. Por un lado está lo que uno aprende y lee en los libros de anatomía tradicional y por otro lado lo que se ha llamado anatomía quirúrgica, que es la anatomía que se aprende y ve en el campo quirúrgico. Tal vez la diferencia esta en el hecho de que para los anatomistas descriptivos todas las estructuras son igualmente importantes. Para el cirujano, sin embargo, las diferentes estructuras anatómicas tienen diferente importancia. También durante la disección solo podemos ver ciertas estructuras de una exposición limitada, también es cierto que no se puede separar la anatomía de la fisiología. Finalmente y quizá lo más importante, la mayor experiencia que se obtiene en una región anatómica es reconocer y aprender a detectar el espectro de las variantes anatómicas existentes.

Durante los últimos catorce años se ha explorado la pelvis de niños a traves de una incisión sagital posterior (1,5), la mayoría de las veces en caso de malformación anorrectal y ocasionalmente para otros propósitos como tratamiento de prolapso rectal, trauma óseo, estenosis rectal por diferente causa y fistula rectouretral y rectovaginal.

Este abordaje no es nuevo ya que se ha usado en el pasado por diferentes autores (4,5). Sin embargo, no se había hecho una descripción de la anatomía. Dado que el éxito en el manejo de la malformación anorrectal es preservar la continencia rectal, se debe realizar una disección meticulosa y preservar las estructuras que se observan. Una defecación normal requiere la integridad de: 1) inervación (sensitiva y motora), 2) musculo liso involuntario (motilidad intestinal) y 3) musculo estriado voluntario.

OTRAS APLICACIONES DE ABORDAJE SAGITAL POSTERIOR

El abordaje sagital posterior ha demostrado ser eficiente para reparar atresias y estenosis rectales. En esta malformación se encuentran ano y canal anal normales. A la exploración del ano se puede identificar la estenosis o atresia aproximadamente a 1-4 cm. arriba del margen anal. Todos los músculos requeridos para la continencia parecen estar presentes en estos pacientes. Los resultados clínicos han sido excelentes.

El abordaje sagital posterior también se ha utilizado como operación secundaria para corregir diferentes tipos de secuelas de operaciones previas citadas anteriormente.

JUSTIFICACION

El abordaje sagital posterior es un procedimiento que consiste en la apertura sin sección del aparato de la continencia, justo en la línea media, lo que permite el acceso anatómico más sencillo a condiciones retropélvicas especiales.

OBJETIVOS

- Ratificar la propiedad del procedimiento
- Demostrar la ausencia de daño al aparato de la continencia.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de ocho pacientes atendidos en el Hospital Pediátrico Moctezuma, a los cuales se les realizó operación por abordaje sagital posterior. Ocho pacientes tuvieron el antecedente de operación previa por malformación anorectal, presentando como secuela incontinencia fecal. Una paciente presentó fistula rectovaginal sin malformación anorectal, a la cual se le realizó abordaje sagital posterior para corrección de la fistula.

A cinco de los pacientes se les realizó en otra institución el procedimiento de Stephens siendo lactantes aún y posteriormente a la culminación de los procedimientos quirúrgicos (cierres de colostomía), se presentó incontinencia fecal. Después de la revisión integral de estos pacientes se encontró que la secuela de la primera operación se debió a la mala posición en que quedó el ano, la cual se corrigió por abordaje sagital posterior, previa colostomía. Posterior al cierre de la colostomía se evaluaron por consulta externa siendo estos continentes; las edades a la cual fueron valorados estos tres pacientes comprendió entre 8 y 14 años; a la fecha actual se encuentran asintomáticos.

Una paciente se abordó con éste procedimiento para tratamiento de fistula rectovaginal como componente acompañante de duplicación intestinal, la cual se detectó posterior a la corrección quirúrgica de la duplicación. Esta paciente también presentó utero bicorne; la evolución posterior al cierre de la colostomía (la cual se realizó por la duplicación intestinal) fue satisfactoria. La operación se realizó a la edad de 14 años. Actualmente se encuentra asintomática.

Un paciente presentó colon tóxico a la edad de 2 años, realizándose hemicolectomía e ileocolostomía, presentando como secuela estenosis rectal, la cual se corrigió por abordaje sagital posterior. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Otro paciente de 13 años de edad presentó trauma abdominal, el cual dejó como secuela una fistula rectouretral, la cual se manejó inicialmente con talla vesical y el tratamiento definitivo se realizó mediante abordaje sagital posterior.

DISCUSION

La constipación parece ser una secuela frecuente en pacientes con malformación anorectal independientemente del tipo de lesión y del tratamiento. Se desconoce cuantos de estos pacientes tienen relación psicológica con el dolor y la experiencia traumática asociada con los procedimientos quirúrgicos.

El abordaje sagital posterior provee una oportunidad única de realizar todo el procedimiento bajo visión directa; éste abordaje quirúrgico provee excelente exposición de las más importantes estructuras anatómicas y funcionales de la pelvis. Los resultados preliminares son altamente promisorios en relación a la continencia temprana y a la educación para la defecación, aunque los resultados no son universalmente perfectos y aun se desconocen resultados acerca de la función sexual.

La incontinencia fecal y los diferentes grados de malfunción intestinal son aún un problema significativo en el manejo de las malformaciones anorrectales. Esto es importante ya que muchos pacientes se trataron con una técnica quirúrgica inadecuada o nacieron con una pobre anatomía. Estos últimos sufren de incontinencia fecal a pesar de una buena técnica quirúrgica para reparar la malformación.

Múltiples tratamientos operatorios y no operatorios han sido diseñados para mejorar las condiciones de estos pacientes, tienen grado variable de éxito y están aún evolucionando. Los pacientes con pobre anatomía pueden ser manejados exitosamente con el uso de enemas, supositorios, medicamentos y dietas especiales.

Un selecto grupo de pacientes con adecuada anatomía y con ano mal colocado, pueden mejorar quirúrgicamente mediante reexploración a través de abordaje sagital posterior.

En el futuro vendrán necesariamente mejoras con la investigación de la motilidad intestinal y la sensación y su manipulación, así como por el perfeccionamiento de los aparatos artificiales.

CONCLUSIONES

- 1.- A todos los pacientes se les realizó colostomía previo al sagital posterior.
- 2.- En los pacientes con incontinencia fecal se utilizó un electroestimulador y en los cinco pacientes se encontró el ano fuera del esfínter anal externo. En todos estos pacientes el ano estaba colocado anterior o lateralmente.
- 3.- Todos los pacientes con incontinencia fueron valorados psicológicamente antes de la operación por sagital posterior.
- 4.- En los pacientes con fístula, ésta se corroboró por medio de colostograma distal con bario.
- 5.- La incisión en piel se extendió desde la mitad del sacro hasta el esfínter anal externo.
- 6.- Todos los pacientes se sometieron a esquema de dilatación anorectal antes y después del cierre de la colostomía.
- 7.- Todos los pacientes son continentes y se encuentran asintomáticos.
- 8.- Se demostró lo benéfico de éste abordaje como operación secundaria en tres diferentes tipos de problemas que se presentaron como secuelas de patología primaria.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- de Vries PA, Peña A. Posterior sagittal anorectoplasty. J. Pediatr Surg 5:638-643. 1982
- 2.- Peña A. Avila V.: The sacroperineal approach for supralevator anorectal malformations. Proceeding of the 13th annual meeting of the pacific association of Pediatric Surgeons. Colorado Springs 1980.
- 3.- Peña A. de Vries PA.: Posterior sagittal anorectoplasty. Important technical considerations and new applications. J Pediatr Surg 17: 796-811 1982.
- 4.- Peña A.: Posterior sagittal anorectoplasty as a secondary operation for the treatment of rectal incontinence. J. Pediatr Surg 18: 762-773 1983.
- 5.- Kitchen P.R.B.: A study of surgical anatomy of congenital rectobulbar fistula. J Pediatr Surg 40: 248-252 1971.