

RECIÉN NACIDO ¿SANO?



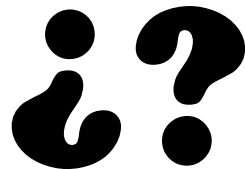
Raúl García del Río (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dra. Caridad Tapia (Neonatología)

Anamnesis

- ✓ Embarazo controlado normoevolutivo
- ✓ Cesárea electiva (38+6 SG) en clínica privada
- ✓ RNT/AEG 3200g (p25-p50), Apgar 9-10
- ✓ Inicio de lactancia materna

A las 12 horas...

**CUADRO DE VÓMITOS
Y ESCASA INGESTA**



Exploración física

T^a: 36,1 °C FC: 126 l/min
FR: 48 rpm TA: 65/40 mmHg

BEG. Normocoloreado,
normoperfundido.

Activo y reactivo.

**Abdomen algo distendido,
timpanizado**, sin masas ni
megalias.

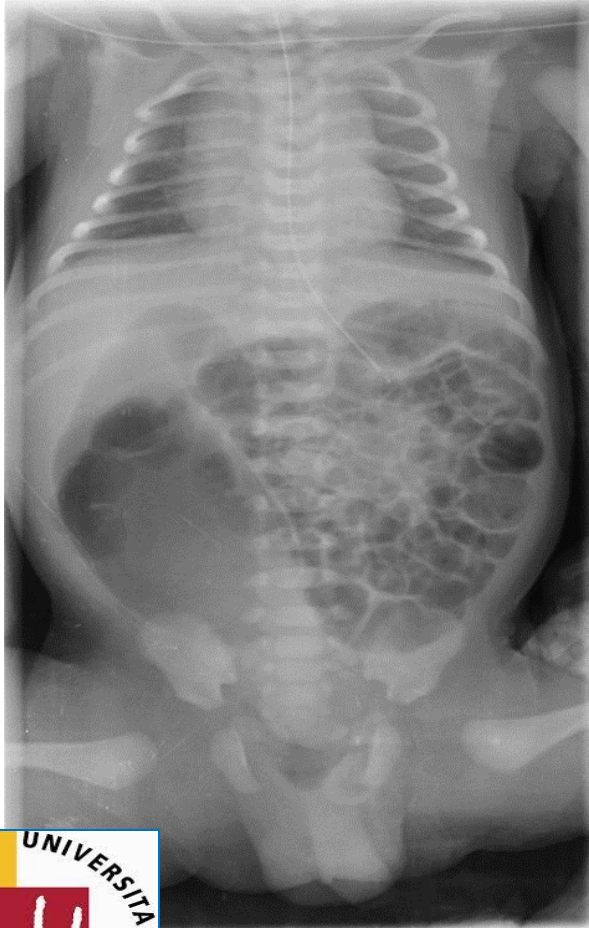
Resto normal, excepto...

ANO IMPERFORADO



Pruebas complementarias

✓ Rx tórax-abdomen

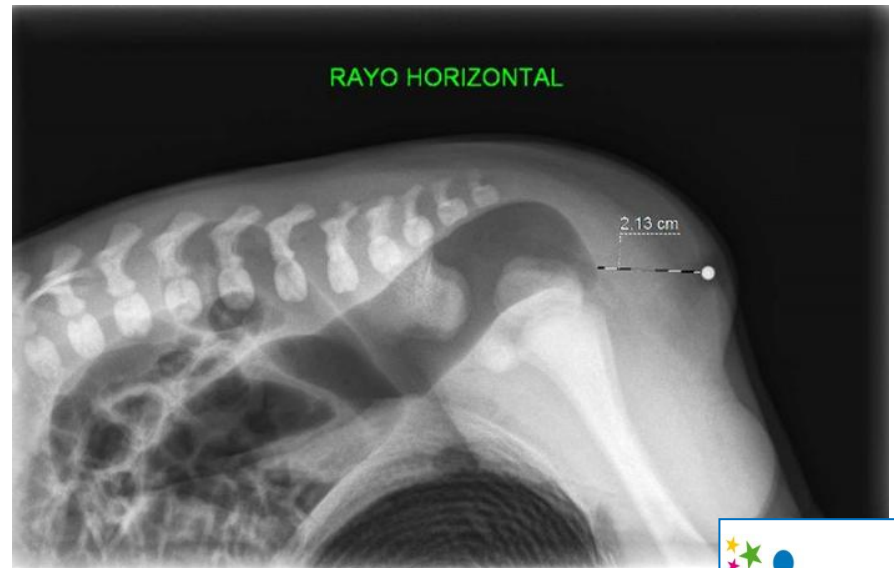


✓ Eco abdominal

Abundante gas intestinal.

Recto distendido, con ocupación de luz por meconio

✓ Invertograma



MALFORMACIÓN ANORRECTAL

- ❑ 1 de cada 4.000-5.000 RN vivos
- ❑ Más frecuente en varones
- ❑ 50-60% tienen malformaciones asociadas

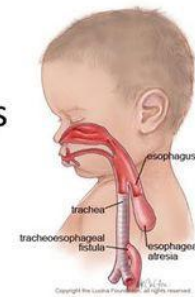
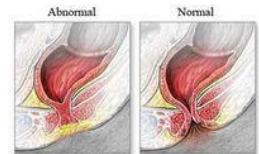
Tabla I. Clasificación de las malformaciones anorrectales según la localización de la fistula.

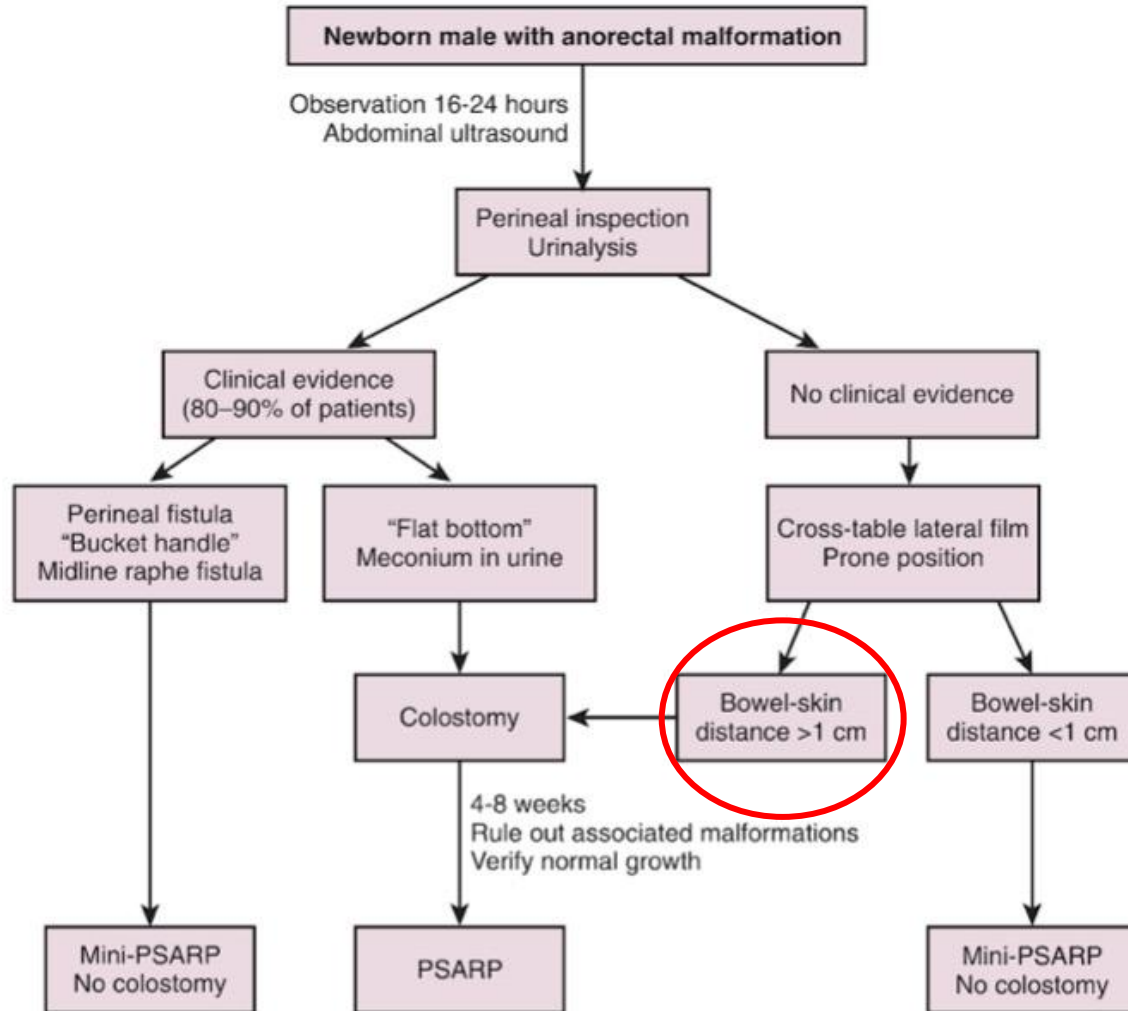
Varones	Mujeres
Fístula perineal	Fístula perineal
Fístula rectouretral Bulbar Prostática	Fístula vestibular
Fístula rectovesical	Cloaca < 3 cm de canal común > 3 cm de canal común
Ano imperforado sin fístula	Ano imperforado sin fístula
Atresia rectal	Atresia rectal

Ecografía abdomino-pélvica
Radiografía lumbosacra
Ecocardiograma
Ecografía médula espinal (RMN si > 3m)

VATER/VACTERL association

- **V**ertebral anomalies
- **A**nal atresia
- **C**ardiovascular anomalies
- **T**racheoesophageal fistula
- **E**sophageal atresia
- **R**enal and/or radial anomalies
- **L**imb defects





• Fig. 84.33 Algorithm for neonatal management of anorectal malformation in male patients. GU, Genitourinary; PSARP, posterior sagittal anorectoplasty.



Anorectal Malformation *Surgery*

Tratamiento

- ✓ Dieta absoluta. Fluidoterapia i.v.
- ✓ SOG abierta a bolsa
- ✓ Antibióticos profilácticos
- ✓ **Cirugía: colostomía (14/05)**

Evolución

- ✓ Buena tolerancia enteral, deposiciones por ostomía
- ✓ **6º día: dehiscencia + sospecha infección herida**
Hemocultivo + ATB
- ✓ Reintervención 24/05
- ✓ Dieta absoluta + ATB, buena evolución clínica



Panel: Types of anorectal malformation by sex

Male (percentage chance of bowel control*)

- Rectoperineal fistula (100%)
- Rectourethral bulbar fistula (85%)
- Imperforate anus without fistula (90%)
- Rectourethral prostatic fistula (65%)
- Rectobladder neck fistula (15%)

Female (percentage chance of bowel control*)

- Rectoperineal fistula (100%)
- Rectovestibular fistula (95%)
- Imperforate anus without fistula (90%)
- Rectovaginal fistula (rare anomaly)†
- Cloaca (70%)‡

*Provided patients have a normal sacrum, no tethered cord, and they receive a technically correct operation without complications. †Rectovaginal anomalies are extremely unusual; usually their prognosis is like rectovestibular fistula. ‡Cloaca represents a spectrum; those with a common channel length <3 cm have the best functional prognosis.

EXPLORACIÓN FÍSICA



Key messages

- Newborn screening for anorectal malformation should involve full-body infant radiogram, echocardiogram, kidney and spinal ultrasound, and sacral radiograph (anteroposterior and lateral); pelvic ultrasound should be used in patients with cloaca
- Hydrocolpos, when diagnosed, should be drained with an indwelling transabdominal catheter that should remain in place until the main repair procedure
- Colostomy is always a safe option
- High pressure distal colostogram is the most important investigation prior to the repair of an anorectal malformation
- Patients with anorectal malformation require long-term follow up: colorectal, urological, and gynaecological
- Constipation and faecal incontinence should be managed to improve patient's quality of life
- The timing of transition of care will depend upon the patient's condition, institution rules, and willingness of adult providers to care for these patients

Bischoff A., Bealer J., Peña A. Controversies in anorectal malformations.

Bibliografía

1. Molina-Hernando E, Fanjul-Gómez M. Malformaciones anorrectales. Web de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha (España) [fecha de consulta: 24-05-2019]. Disponible en:
http://mcmpediatria.org/sites/default/files/sitefiles/archivos_articulo_cirugia_pediatica/protocolo_mar.pdf
2. Martin, Richard J., Fanaroff, Avroy A., Walsh, Michele C. Medicina Neonatal y Perinatal. Enfermedades en fetos y lactantes. Décima edición. Volumen 2. Págs.1417-1419.
3. B. Estors Sastre, P. Bragagnini Rodríguez, R. Fernández Atúan, N. González Martínez-Pardo, J. Elías Pollina. Valoración clínica de la incontinencia fecal en pacientes intervenidos de malformación anorrectal. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Cir Pediatr 2015; 28: 15-20
4. Children's Hospital Colorado. Anorectal Malformation Surgery. [Archivo de video]. 08-08-2016 [fecha de consulta: 24-05-2019]. [duración (1:45)]. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=RpLNaARmO5U>
5. Bischoff A., Bealer J., Peña A. Controversies in anorectal malformations. Lancet Child Adolesc Health 2017. Published Online August 23, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30026-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30026-3)
6. Tovilla-Mercado JM, Peña-Rodríguez A. Tratamiento inicial del paciente con malformación anorrectal. Acta Pediatr Mex 2008;29:147-50

