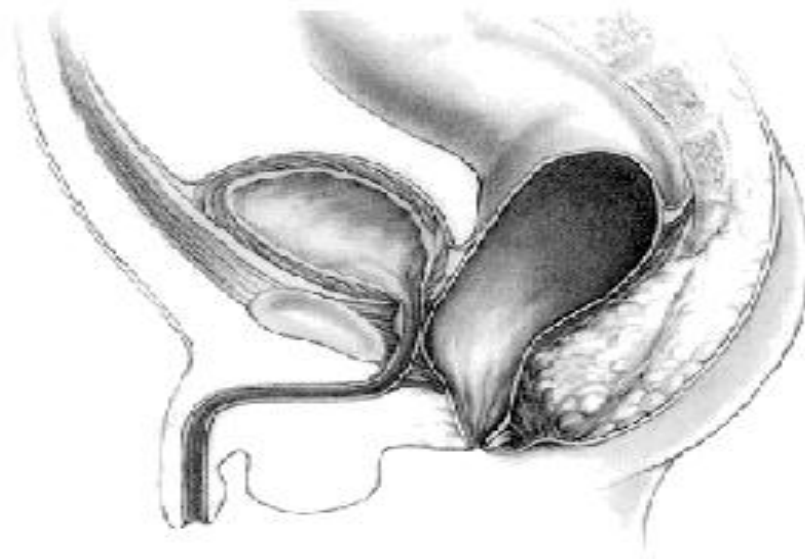


# MALFORMACIONES ANORRECTALES



Jorge Bartual Bardisa (Rotatorio Pediatría)  
Tutoras: Dra. Eva García Cantó (Neonatología)  
Dra. Caridad Tapia Collados (Neonatología)

# Anamnesis

*RNPT (38+1) AEG (2920 g), varón que ingresa procedente de otro hospital por sospecha de malformación anorrectal.*

**Gestación y parto:** controlada en alto riesgo obstétrico por enf. Factor V de Leyden + diabetes gestacional. Cesárea (posición nalgas). Apgar 9/10.

## Exploración física

- ✓ **ANO Y GENITALES:** lesiones quísticas milimétricas en rafe testicular. Apéndice en región anal, rellena aparentemente de líquido meconial.



- ✓ **RESTO NORMAL**

DX  
**MALFORMACIÓN ANORRECTAL TIPO  
FÍSTULA PERINEAL EN ASA DE CUBO**

# Pruebas complementarias

- **Radiografía lumbosacra:** ampolla rectal y sigma distendidos. Probable anomalía de transición lumbosacra con sacro normoconformado.
- **ECO abdominal:** abundante contenido de meconio en marco cólico.
- **ECO-Doppler lumbosacro:** difícil valorar si existe 6ª vértebra lumbar o sacra. Valorar anomalía de transición.
- **Analítica sanguínea:** sin alteraciones.
- **Estudio Cardiológico:** sin alteraciones.



## Tratamiento

- **Dieta absoluta, Ampicilina + Gentamicina IV, fluidoterapia IV.**
- **Intervención Qx día 9.01.19:** anorrectoplastia sagital posterior según técnica de Peña.

# Malformaciones Anorrectales

**Definición:** anomalías congénitas con alteración del desarrollo de recto y ano.  
1/4000-5000 RN. >Varones (60%)

**DX: clínico 90%**



## Búsqueda de malformaciones asociadas

Box 61.1	Classification of anorectal malformations
<b>Male defects</b>	
●	Rectoperineal fistula
●	Recto-urethral bulbar fistula
●	Recto-urethral prostatic fistula
●	Rectovesical (bladder neck) fistula
●	Imperforate anus without fistula
●	Rectal atresia and anal stenosis
<b>Female defects</b>	
●	Rectoperineal fistula
●	Rectovestibular fistula
●	Imperforate anus without fistula
●	Rectal atresia and anal stenosis
●	Cloacal malformation

*Classification of anorectal malformations.. Levitt MA, Peña A. Newborn Surgery 2011. pág 566*

**Genitourinario:** reflujo vesicoureteral (50%)

**Ginecológico:** hidrocolpos

**Columna lumbar y sacro:** agenesia o hemisacro, hemivértebras, médula anclada

Sd Down, Sd VACTERL

## Malformación anorrectal tipo fístula perineal en asa de cubo

- Ausencia u obstrucción orificio anal.
- El extremo distal del recto desemboca en forma de fístula por delante del área del ano teórico.
- Meconio en rafe medio = Dx

# SÍNDROME VACTERL

Al menos 3 de:

**V**ertebral anomalies **!** 60-95%

**A**nal atresia

**C**ardiac malformations  
(CIA, ductus arterioso persistente, TF, CIV)

**T**racheo**E**sophageal fistula

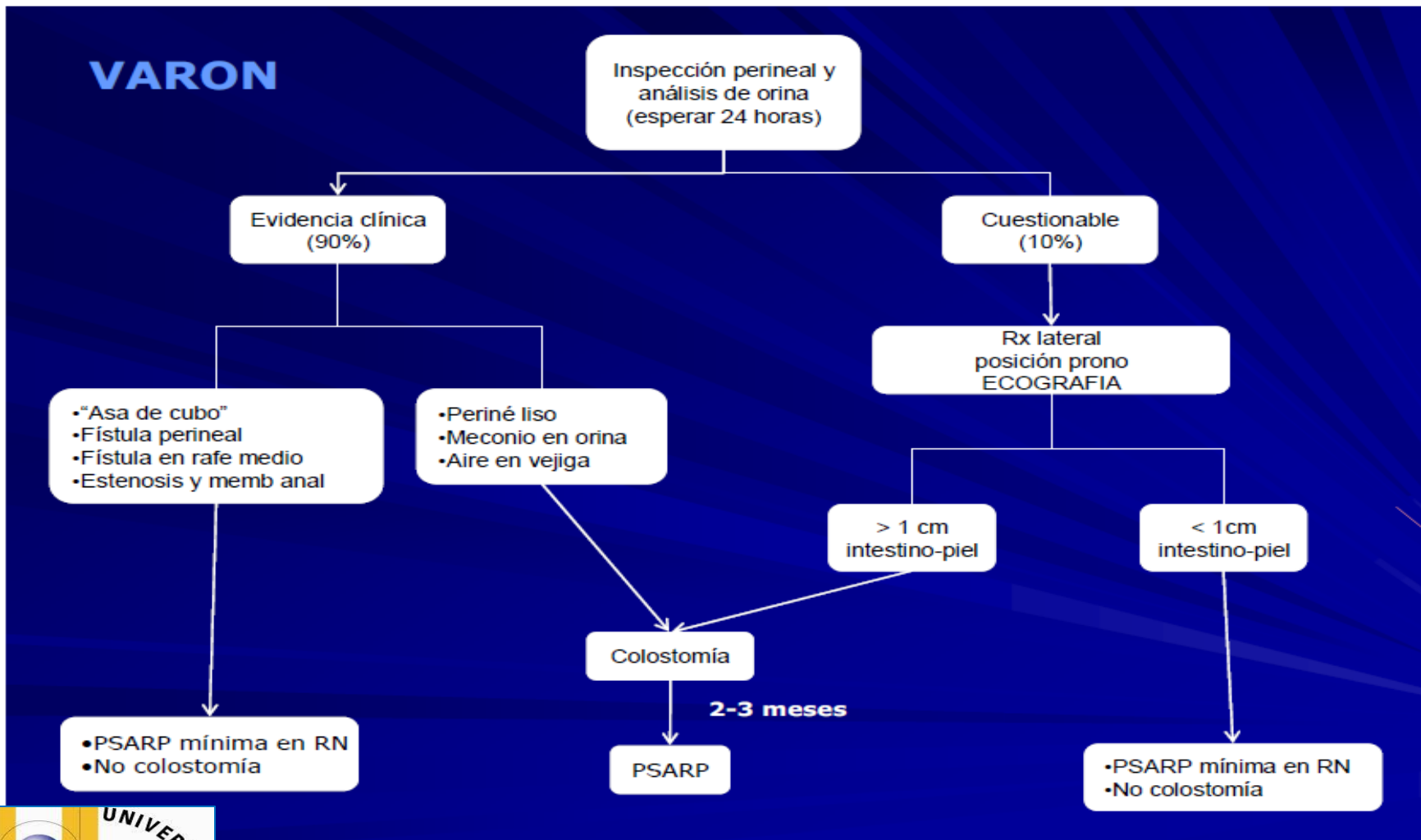
**R**enal dysplasia

**L**imb anomalies



Chen Y, Liu Z, Chen J, Zuo Y, Liu S, Chen W, et al. *J Med Genet.* 2017; 53: 433

# ALGORITMO ACTUACIÓN MALFORMACIONES ANORRECTALES

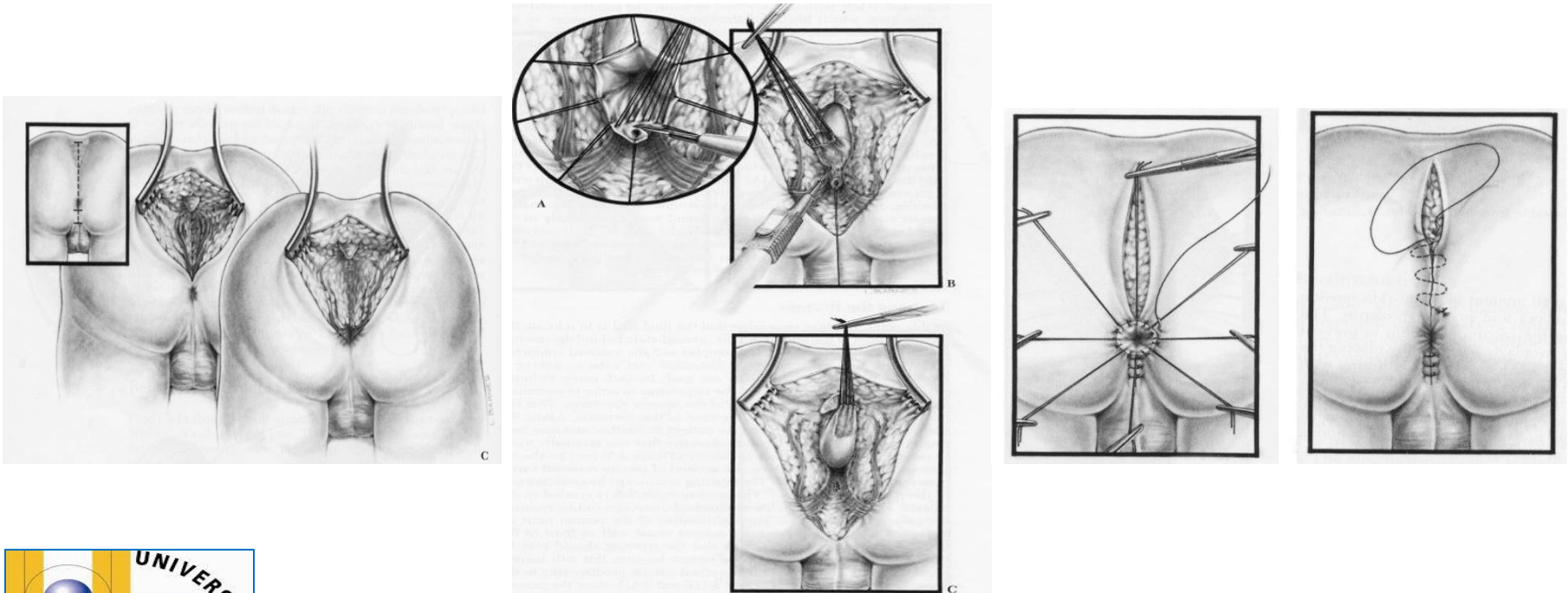


# TRATAMIENTO

**Primeras 24h:** dieta absoluta, fluidoterapia IV, Antibioterapia IV y sonda nasogástrica

**>24h**  **CIRUGÍA**

Anorrectoplastia sagital posterior según técnica de Peña



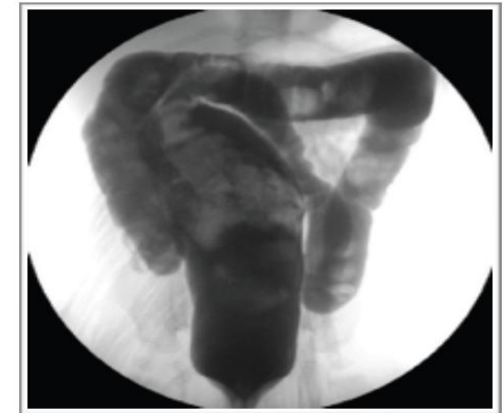
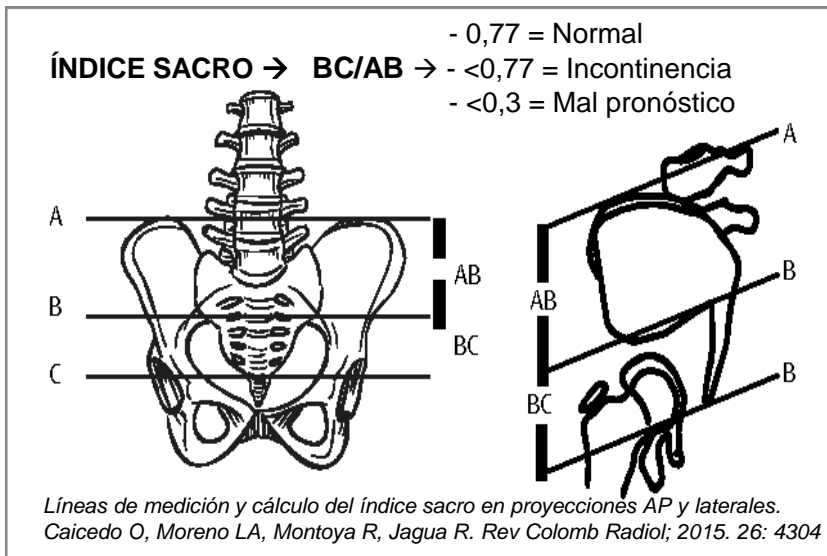
López P, Ruiz E, Azcona I, Ávalos I. Malformaciones anorrectales  
Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

# EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ✓ Sin complicaciones
- ✓ Deposición al 4º día post-cirugía
- ✓ Inicia alimentación al 8º día post-cirugía

## COMPLICACIONES

**Buen pronóstico funcional:** Estreñimiento secundario. Tto con medidas dietéticas y laxantes → ↓ Morbilidad asociada: impactación fecal, megasigmoide, pseudoincontinencia por rebosamiento.



Enema opaco en paciente con megasigmoide.  
Molina-Hernando E, Fanjul-Gómez M.  
Protocolo malformaciones anorrectales.  
SPMYCM; 2015

- **Mal pronóstico funcional:** Incontinencia fecal



# PARA LLEVARSE A CASA...

- Importante inspeccionar tanto los genitales como el ano del recién nacido en busca de malformaciones
- La presencia de meconio en rafe medio nos indica la existencia de una fístula perineal

En resumen, es importante ante un recién nacido sin ano:

Trasladar al niño a un hospital con cirugía pediátrica con experiencia en malformaciones anorrectales

Esperar 24 horas antes de tomar ninguna decisión quirúrgica

Realizar, durante ese tiempo, las exploraciones complementarias propuestas: ecocardiograma, ecografía abdomino-pélvica, ecografía medular y radiografía lumbosacra.

Realizar un seguimiento a largo plazo con el objetivo de conseguir control fecal, control urinario y un desarrollo sexual normal.

# Bibliografía

1. Solomon BD. *The etiology of VACTERL association: Current knowledge and hypotheses.* *Am J Med Genet.* 2018; 178:440–6
2. Chen Y, Liu Z, Chen J, Zuo Y, Liu S, Chen W, et al. *The genetic landscape and clinical implications of vertebral anomalies in VACTERL association.* *J Med Genet.* 2016; 53: 431–7
3. Caicedo O, Moreno LA, Montoya R, Jagua R. *Comparación del índice sacro en población pediátrica normal y en pacientes con estreñimiento, malformaciones anorrectales y reflujo vesicoureteral.* *Rev Colomb Radiol.* 2015; 26: 4302-9
4. Martínez RA, Alexander D, Rodas JF. *Anorectal malformations: diagnosis and treatment. A five years experience.* *Rev Med Hondur.* 2016; 84: 36-40
5. Molina-Hernando E, Fanjul-Gómez M. *Malformaciones anorrectales. Web de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha (España) [en línea] [fecha de consulta: 14-I-2019]. Disponible en: [http://mcmpediatria.org/sites/default/files/sitefiles/archivos\\_articulo\\_cirugia\\_pediatria/protocolo\\_mar.pdf](http://mcmpediatria.org/sites/default/files/sitefiles/archivos_articulo_cirugia_pediatria/protocolo_mar.pdf)*
6. López P, Ruiz E, Azcona I, Ávalos I. *Malformaciones anorrectales. Web del Hospital de Cruces, Vizcaya (España) [en línea] [fecha de consulta: 14-I-2019]. Disponible en: [http://www.hospitalcruces.com/documentos/ccyop/Cartera\\_de\\_servicios\\_1\\_Malformaciones\\_anorrectales\\_es.pdf](http://www.hospitalcruces.com/documentos/ccyop/Cartera_de_servicios_1_Malformaciones_anorrectales_es.pdf)*
7. Levitt MA, Peña A. *Anorectal anomalies.* En: Puri P, editor. *Newborn surgery, 3° ed.* Londres: Hodder & Stoughton; 2011. p. 566-78

