

Megarrectosigma asociado a malformación anorrectal

Dres. V. Di Benedetto, V. Solana, J. Bailez, A.M. Marin

Servicio de Cirugía General. Hospital de Pediatría J.P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se presentan los resultados del tratamiento quirúrgico de 10 pacientes con megarrectosigma (MRS) asociados a malformación anorrectal (MAR) asistidos entre enero de 1995 a diciembre de 1999 en el Hospital Juan P. Garrahan. Las edades oscilaron entre 1,7 y 20 años. Los pacientes tenían constipación severa con ensuciamiento fecal. El MRS en 5 de los pacientes se pudo comprobar que se desarrolló después de la corrección primaria de la MAR. En 8 pacientes se realizó resección de la porción dilatada y anastomosis término terminal en forma oblicua. Y 2 fueron operados con descenso tipo Soave. Tuvieron muy buena evolución 3, buena 6 y fue mala en un caso. Se trata de un tratamiento paliativo cuyo buen resultado no estuvo relacionado con el tipo de técnica utilizada.

Palabras Clave: Megarrectosigma - Malformación anorrectal - Constipación

Summary

We showed the evaluation of the surgical results in 10 patients, aged between 1.7 and 20 years with megarectosigma associated with anorectal malformations. We reviewed the charts from January 1995 to December 1999 at the Juan P. Garrahan Hospital. The patients had severe constipation and soiling. We diagnosed the megarectosigma in five patients after the primary repair of the anorectal malformations. We resected the dilated portion and we did an oblique anastomosis in eight patients. Two patients has a Soave technique. We had a very good prognosis in three patients, good in six and bad prognosis in one patient. It's a palliative treatment and there was no relation with the technique.

Index words: Megarectosigma - Anorectal malformation - Constipation.

Resumo

São apresentados os resultados do tratamento cirúrgico de 10 pacientes com megarreto e sigmóide (MRS) associados a malformações anoretal (MAR) assistida entre janeiro de 1995 e dezembro de 1999 no Hospital Juan P. Garrahan. As idades variaram entre 1,7 e 20 anos. Os pacientes tinham constipação severa com encoprese. O MRS em 5 dos pacientes comprovou-se ter se desenvolvido após a correção primária da MAR. Em 8 pacientes realizou-se a ressecção da porção dilatada e anastomose término terminal oblíqua. Dois foram operados com abaixamento tipo Soave. Tiveram ótima evolução 3, boa 6 e má em 1 caso. Trata-se de uma conduta paliativa cujo bom resultado não esteve relacionado à técnica utilizada.

Palavras chave: Megarreto-megasigmóide - Mal formação anoretal - Constipação

Introducción

El tratamiento quirúrgico del megarrectosigma (MRS) asociado a malformación anorrectal (MAR), con el objeto de mejorar la constipación severa y el ensuciamiento fecal, fue propuesto por algunos autores¹⁻¹⁰.

Existen artículos acerca de la experiencia con este tipo de tratamiento aunque la evolución a largo plazo no está referida en la bibliografía¹¹⁻¹⁶.

Presentamos 10 pacientes sintomáticos portadores de MRS asociado a MAR que fueron tratados quirúrgicamente en el Hospital de Pediatría J. P. Garrahan, seguidos por un tiempo promedio de 28,3 meses.

Material y método

Diez pacientes con MRS y MAR sintomáticos fueron asistidos desde enero de 1995 a diciembre de 1999 entre 231 pacientes seguidos por consultorio externo de malformaciones anorrectales del Hospital de Pediatría J. P. Garrahan.

Dos niños tenían el recto dilatado en el momento del diagnóstico de su malformación, en 3 se desconoce este dato por haber sido derivados de otros centros con la corrección primaria y 5 lo desarrollaron en el postoperatorio de la misma (Fig. 1).

Seis pacientes eran de sexo masculino y 4 de sexo femenino. Las edades oscilaron entre 1,7 y 20 años, con una media de 7,6 años.

Las MAR iniciales fueron: Fístula perineal en 4 pacientes (3 varones y 1 mujer), fístula uretral en 3, fis-

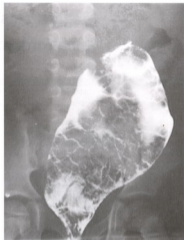


Fig. 1: colon por enema en paciente operado por MAR con técnica de Peña.

tula vestibular en 1, fístula vulvar en 1 y 1 MAR compleja (cloaca).

Dos pacientes presentaron malformaciones urológicas asociadas. Dos niños tenían un "ratio" < 0,5 uno con agenesia de coxis, el resto tenía "ratios" > 0,5.

| Nº | Tipo de Malformación | Edad de Tto de MAR inicial | Mega previo | Displasia Sacra | Edad de operación | Tipo de operación | Evolución | Tiempo de seguimiento |
|----|----------------------|----------------------------|-------------|-----------------|-------------------|-------------------|-----------|-----------------------|
| 1 | F. U. | 11 m | ¿? | 0,46 | 11 a. | R. A.. | B | 11 m |
| 2 | F. U | 15 m | No | >0,5 | 6 a | R. A | B | 10 m |
| 3 | F. P | 12 a | ¿? | >0,5 | 20 a | Soave | M B | 62 m |
| 4 | F. U | 2 a | Si | >0,5 | 4 a | R. A.. | B | 36 m |
| 5 | Cl | 1 a | No | 0,45 | 7 a 5m | R. A.. | B | 32 m |
| 6 | F.Vu | 7 m | No | >0,5 | 8 a | Soave | M | 48 m |
| 7 | F. P | 1er d | No | >0,5 | 2 a | R. A.. | B | 36 m |
| 8 | F. Ve | 1 a | ¿? | >0,5 | 9 a | R. A.. | B | 10 m |
| 9 | F. P | 1er d | No | >0,5 | 1 a 9m | R. A.. | M B | 10 m |
| 10 | F. P | 9 m | Si | >0,5 | 8 a | R. A.. | M B | 28 m |

Tabla 1

F.U fístula uretral; FP fístula perineal; Cl cloaca; FV fístula vulvar; Fve fístula vestibular
R.A. resección anastomosis MB muy buena. B buena. M mala



Fig. 2: colon por enema luego del descenso tipo Soave.

La operación para la corrección de la MAR primaria fue: Abordaje Sagital Posterior (SARP) restringido en 4 pacientes y SARP amplio en 6 pacientes acompañado de afinamiento rectal en uno de ellos.

La vía de abordaje fue una laparotomía mediana en todos los casos. Se realizó resección rectosigmoidea y anastomosis término-terminal oblicua intentando evitar el escalón rectal descrito previamente en 8 pacientes. La resección fue endorrectal según técnica de Soave en los dos restantes (un varón y una mujer) (Fig. 2).

Durante el seguimiento se analizaron: dieta, libre o restringida. Deposiciones: frecuencia y características. Constipación: necesidad y frecuencia de enemas. Presencia de ensuciamiento, escurrimiento y su mejora con enemas. El tiempo de seguimiento osciló de 9 meses a 5 años con una media de 28,3 meses.

Para valorar los resultados obtenidos luego del tratamiento quirúrgico de MRS, definimos como muy buena evolución a aquella que comprendió dieta libre, deposiciones diarias y espontáneas sin ensuciamiento ni escurrimiento. Se valoró como buena evolución a aquella que requirió dieta, con ensuciamiento esporádico que mejoró con enemas, y mala evolución detectada en aquellos pacientes que persistieron con ensuciamiento, escurrimiento, retención de materia fecal y presencia de bolo fecal.

Resultados

Todos los pacientes presentaron mejoría luego del tratamiento quirúrgico, evidenciado por disminución en el escurrimiento y el ensuciamiento y menor frecuencia de enemas. Se logró muy buena evolución en 3 pacientes, buena evolución en 6 y mala evolución en 1.

En 3 pacientes el colon por enema postoperatorio mostró discreto megarrecto.

La manometría realizada en 3 pacientes mostró severo compromiso de ambos esfínteres.

La tabla 1 resume el tipo de malformación y su evolución postoperatoria.

Discusión

Es bien conocida la problemática de la constipación y la pseudoincontinencia en los pacientes operados por malformación anorrectal².

Algunos autores, sostienen que la constipación provocada por el desarrollo de megarrecto es más frecuente en las MAR bajas.

Nuestra estadística se corresponde con esta premisa ya que 4 de nuestros pacientes presentaron fistula perineal.

Como primera línea de tratamiento, se realizó el manejo de la constipación con dieta, enemas y, eventualmente laxantes.

Cuando la constipación se volvió intratable y ante la sospecha de ectasia rectal, se solicitaron estudios contrastados que confirmaron la presencia de megarrecto sigma. De acuerdo con la bibliografía se pensó que la resección del colon dilatado debería mejorar los síntomas. Para ello, Peña preconiza la técnica de la resección y anastomosis término-terminal con preservación del recto disminuyendo el tamaño de la boca distal con sutura parcial de la misma².

Otros autores han publicado diferentes técnicas como la operación de Duhamel³, el descenso endorrectal a lo Soave¹², la técnica de Swenson^{11, 14}.

Los resultados que nosotros obtuvimos fueron independientes de las técnicas antes mencionadas.

La indicación del tratamiento quirúrgico del MRS es paliativo. Los resultados parecen ser independientes de la técnica utilizada.

Bibliografía

1. Mc Cready RA, Beart, RW. The surgical treatment of incapacitating constipation associated with idiopathic megacolon. *Mayo Clin Proc* 54: 779-783, 1979
2. A. Peña and M. El Behery. Megasigmoid: A Source of Pseudo-incontinence in Children With Repaired Anorectal Malformations. *J Ped Surg* 2 (2): 119-203, 1993.
3. Zia-ul-Miraj, M. Brereton, RJ. Rectal ectasia with anorectal anomalies. *J Pediatr Surg* 1997 Apr; 32 621-3
4. Heinen, F. Korman, R. Resección parcial del megarrecto en niños constipados operados por una malformación anorrectal. *Revista de cirugía infantil* 6 (1): 27-31, 1996.
5. Hendren W H. Constipation caused by anterior location of the anus and its surgical correction. *J Pediatr Surg* 13: 505, 1978.
6. Leape LL. Anterior ectopic anus: A common cause of constipation in children. *J Pediatr Surg* 13: 627, 1978.
7. Perushottam U. Mid-anal sphincteric malformation, cause of constipation in anterior perineal anus. *J Pediatr Surg* 19: 183, 1984.
8. Peña, A. Treatment of anorectal malformations, in colorectal physiology: fecal incontinence. Boca Ratón, Florida, CRC Press, 1994, 213-218.
9. Heinen, F; Bailez, M.; Solana, J. Malformaciones anorrectales I. *Revista de Cirugía Infantil* 4 (1992)
10. Peña A. Posterior Sagittal Anorectoplasty. Results in the management of 332 cases of anorectal malformations. *Ped Surg Int* (3): 94-104, 1998.
11. Peña A. Anorectal malformations. *Seminars in pediatric* 4 35-47, 1995
12. Levitt, M A and Peña, A. Continent Appendicostomy in the Bowel Management of fecally incontinent in children. *J Pediatr Surg* 32 (11): 1997.
13. Brent L, Stephen, F D: Primary rectal ectasia. *Progr Pediatr Surg* 9: 41-62, 1976
14. Stephen, F D. Rectal ectasia: Primary and secondary associated with anorectal anomalies. *Anorectal malformation in children. Update 1998*. New York, N Y Liss, 1998. pp 99-104.
15. Templeton, J M *Anorectal Malformation*, in Welch K J et al (eds): *Pediatric Surgery* (ed. 4) Chicago, Year Book Medical, 1986. Pp. 1022-1035.
16. Cloutier, R et al. Focal ectasia of the terminal bowel accompanying low anal deformities. *J Pediatr Surg* 22: 758-760, 1987.

Trabajo presentado en el 34º Congreso Argentino de Cirugía Pediátrica, Noviembre de 2000, Buenos Aires, Argentina

V. Di Benedetto
Combate de los Pozos 1533 4º piso
(1245) Buenos Aires, Argentina
vbenedetto@intramed.net.ar