

Nuestra experiencia con el tratamiento de malformaciones anorrectales en Uruguay: análisis de 77 pacientes

Dres. L.E. Pérez Billi, J.L. Benediccti, G. Jones, V. Cetraro, E. Boglino, R. Tonelli, M. Carricart, J. Garcén, I. Pastorino.

Departamento de Cirugía Pediátrica de Malformaciones Congénitas, Departamento Médico Quirúrgico, Banco de Previsión Social, Montevideo, Uruguay

Resumen

Se presenta una serie de 77 pacientes portadores de malformaciones anorrectales (MAR) operados por el mismo equipo quirúrgico mediante abordaje sagital posterior (ASP) seguidos desde 1989 hasta 2003. El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos, en cuanto a continencia y estreñimiento en el seguimiento a largo plazo.

El total de pacientes estaba compuesto por 43 varones y 34 niñas, en una relación de 1,2:1. El seguimiento promedio fue de 6,8 años, con un mínimo de 7 meses a un máximo de 17 años; 54 pacientes completaron el tratamiento. De los varones 19 presentaban fístula al aparato urinario, 8 pacientes no tenían fístula. Cuatro pacientes habían sido operados en otro centro y fueron referidos por incontinencia o estreñimiento severo. En el caso de las niñas, 20 tenían fístula recto vestibular (FV) y 10 fístula perineal (FP), una paciente presentaba una cloaca. Cinco pacientes fallecieron por otras malformaciones complejas asociadas. En los varones el 85% de los portadores de FP eran continentes, así como el 71.4% de los portadores de fístula recto-bulbar (FRB). Aquellos con estenosis y/o asa de balde lo eran en el 69.2% de los casos. Los niños con atresia sin fístula (ASF) eran continentes en el 100% de los casos, mientras que los operados previamente lograron continencia en el 66.6% de los casos. Las niñas lograron continencia en el 100% de los casos de las FP, mientras las portadoras de FRV alcanzaron un 57% de continencia. El estreñimiento fue más frecuente en varones con malformaciones bajas; de los 7 casos, 3 debieron ser operados realizándose sigmoidectomía con buenos resultados en 2 de ellos; el tercero persiste con ensuciamiento ocasional. La mayoría respondió bien al tratamiento médico. El ASP nos permitió reconocer claramente la anatomía regional, así como identificar las distintas formas de presentación de este espectro malformativo. Es claro, que aún no conocemos todos los mecanismos intervinientes en la continencia rectal, pero su tratamiento médico ha logrado buenos resultados. Consideramos esencial el seguimiento por el equipo multidisciplinario en estrecha relación con la familia y el paciente.

Palabras claves: Malformación Anorrectal - Abordaje sagital posterior - Incontinencia - Estreñimiento

Summary

From 1899 to 2003, 77 patients with anorectal malformations (ARM) were operated on by the same surgical team, by means of a posterior sagittal anorectoplasty (PSARP). The aim of this report is to show our results in terms of long term constipation. Forty three patients were boys, and thirty four were girls (rate 1,2:1). Mean follow up was 6,8 years (range 7 months to 17 years). Only 54 patients completed the treatment. Nineteen male patients had urinary fistulas, and 8 patients had no fistula. Four patients had been operated on in other centers and referred to us due to severe constipation or incontinence. Twenty female patients had vestibular fistulas, and ten had perineal fistulas. Only one patient had a cloaca. Five patients died from other associated malformations. 85% of males with perineal fistulas, 74,1% of those with rectobulbar fistulas, 69,2% of patients with rectal stenosis or bucket handle malformation and 100% of patients without fistula had no incontinence. 100% of females with perineal fistulas are continent. Only 57% of

patients with vestibular fistulas are continent. Constipation was more frequent in males with low malformations. Seven patients had severe constipation, three of whom underwent surgery (sigmoidectomy) achieving satisfactory results in two of them. Most of patients with constipation were managed medically. The PSARP was an appropriate approach in all cases. Although we still do not know much about the mechanisms that determine whether a patient will be incontinent or not, we know that the medical management of these patients achieved good results. We think that the multidisciplinary follow up is essential for the patients and their families.

Index words: Anorectal malformations - Posterior sagittal anorectoplasty - Constipation - Incontinence

Resumo

Apresenta-se uma série de 77 pacientes portadores de malformações anorretais (MAR) operadas pela mesma equipe cirúrgica mediante abordagem sagital posterior (ASP), seguidos desde de 1989 até 2003. O objetivo deste estudo é analisar os resultados obtidos, quanto à continência e constipação no seguimento em longo prazo. O grupo de pacientes era composto por 43 homens e 34 mulheres, uma relação de 1,2 : 1. O seguimento médio foi de 6,8 anos, com um mínimo de 7 meses e um máximo de 17 anos; 54 pacientes completaram o tratamento. Dos meninos, 19 apresentavam fístula para o aparelho urinário e 8 não tinham fístula. Quatro pacientes haviam sido operados em outro centro e foram encaminhados por incontinência ou constipação grave. No caso das meninas, 20 tinham fístula retovestibular (FV), 10 fístula perineal (FP) e uma apresentava cloaca. Cinco pacientes morreram por outras malformações complexas associadas. Nos meninos, 85% dos portadores de FP eram continentes, assim como 71,4% dos portadores de fístula retobulbar (FRB). Aqueles com estenose elou alça de balde eram continentes em 69,2% dos casos. Os meninos com atresia sem fístula (ASF) eram continentes em 100% das vezes, enquanto que os operados previamente adquiriram continência em 66,6% dos casos. As meninas com FV eram continentes em 100% dos casos, enquanto as portadoras de FRV alcançaram continência em 57%. A constipação foi mais comum nos meninos com malformações baixas; dos 7 casos, 3 necessitaram ser operados realizando-se sigmoidectomia, com bons resultados em 2 deles; o terceiro persiste com "borramento" ocasional. A maioria respondeu bem ao tratamento médico. A ASP nos permitiu reconhecer claramente a anatomia regional, assim como identificar as formas distintas de apresentação deste espectro de malformações. É claro, que ainda não conhecemos todos os mecanismos relacionados com a continência retal, porém seu tratamento médico tem alcançado bons resultados. Consideramos essencial o acompanhamento pela equipe multidisciplinar, em estreita relação com a família e o paciente.

Palavras-chave: Malformação Anorretal - Abordagem sagital posterior - Incontinência - Constipação

Introducción

Este defecto se conoce desde la antigüedad¹. En 1835, Amussat, fue el primero que abrió el bolsón rectal y lo suturó a la piel, pues anteriormente las operaciones consistían solamente en incisiones perineales, que llegaban al bolsón rectal y evacuaban el meconio, constituyéndose por cicatrización secundaria un trayecto que abocaba a la piel². Seguramente, quienes sobrevivían a estos procedimientos eran los que tenían malformaciones bajas, mientras que los fracasos se producían en aquellos pacientes portadores de "malformaciones altas". Chassaignat en 1856, fue el primero en realizar colostomía para el tratamiento de las malformaciones

anorrectales (MAR)³. Hadra en 1886, realizó el primer abordaje abdomino-perineal⁴. En 1930, Wangenstein y Rice, describen el invertograma a fin de medir la distancia entre el bolsón rectal y la piel como criterio para determinar la altura de la malformación⁵. En 1948, Rhoads y colaboradores reactualizan el procedimiento abdomino-perineal en un solo acto operatorio⁶. En 1953, Stephens destaca la importancia de preservar el haz puborrectal en la continencia fecal⁷. En 1980, Peña y De Vries sugieren el abordaje sagital posterior empleando un electroestimulador para identificar las estructuras estriadas^{8,9}. Este abordaje ha dado una nueva concepción anatomofuncional de la región¹⁰.

Material y método

Se analizan 77 pacientes portadores de MAR, en el período comprendido entre 1989 a 2003. Todos los pacientes fueron resueltos y seguidos por el mismo equipo quirúrgico.

El seguimiento se efectuó en consultorio externo, y se mantuvo por un promedio de 6,8 años, con un mínimo de 7 meses y un máximo de 17 años.

En cuanto al sexo 43 son varones y 34 son niñas, en una relación de 1,2:1.

De nuestra casuística, 54 pacientes han completado el tratamiento. Restan 23 pacientes con tratamiento incompleto.

En los varones se consideran 2 casos de fístula recto vesical, 3 pacientes con fístula recto prostática, 14 casos de fístula recto bulbar, 4 pacientes con agenesia anorrectal sin fístula, 12 casos entre fístula perineal y asa de balde, 4 casos de estenosis anal y 3 casos de incontinencia por cirugías previas con otros equipos y 1 caso de estreñimiento también con cirugía previa.

En las niñas hubo 1 caso de cloaca (C), 20 casos de fístula recto vestibular (FRV), 10 casos de fístula perineal (FP), 1 caso previamente operado por otro equipo quirúrgico y que actualmente se encuentra en tratamiento por incontinencia.

Los pacientes fueron estudiados mediante radiografía simple de pelvis, frente y perfil con cálculo de índice sacro, examen de orina en búsqueda de meconio, invertograma, ultrasonografía del aparato urinario y cardíaca y colograma distal. En algunos casos se efectuó resonancia nuclear magnética, endoscopia genital y urológica, cistourografía miccional y urografía de excreción, cistouretrograma retrógrado o tomografía axial computada. En los pacientes previamente intervenidos se llevó a cabo electroestimulación esfinteriana.

Como técnica quirúrgica utilizamos el abordaje sagital posterior restringido, (mini-Peña) o abordaje perineal, lo empleamos en las malformaciones bajas, que son aquellas que no requieren colostomía, y en las fístulas recto-vestibulares que sí requieren colostomía previa. En todos los demás casos, empleamos la anorrectoplastia sagital posterior (ARPSP).

Con respecto a la colostomía, preferimos la sigmoideostomía alta a cabos separados, mediante abordaje de Mc Burney a izquierda que nos asegura una correcta detransitación intestinal y a su vez nos permite

emplear las bolsas de colostomía independizando ambos cabos. Evacuamos completamente el meconio del cabo distal en el momento de esta cirugía, a fin de evitar la formación de fecalomas que pudieran incidir en la cirugía correctora.

Asimismo, se instruye a los padres en el lavado periódico del cabo distal para mantenerlo limpio hasta la cirugía reparadora.

En casos de anoplastia si el paciente es menor del año, la preparación es en base a enemas; si es mayor del año se efectúa la irrigación digestiva por lavado anterógrado³⁰.

Desde el momento que nos conectamos con el paciente, el psicoterapeuta del equipo diseña la estrategia de preparación psicoprofiláctica del paciente y del grupo familiar, que se desarrolla en entrevistas donde se le expone conjuntamente con los cirujanos, las distintas instancias del tratamiento, así como mediante entrevistas individuales^{31, 32}.

En el postoperatorio seguimos un plan de dilataciones progresivas, a partir de la segunda semana, hasta alcanzar el calibre anal de acuerdo a su edad. En este período, se instruye a los padres para su cumplimiento en domicilio con las referidas maniobras. Asimismo, durante este tiempo, se cierra la colostomía una vez alcanzado el calibre anal suficiente y estable, previo colograma para evaluar la adecuada motricidad del sector distal.

Consideramos solamente aquellos pacientes mayores de tres años, que completaron el tratamiento y fueron seguidos hasta la actualidad.

El seguimiento promedio de evaluación en los varones fue de 10,5 años en aquellos con fístula perineal (6 casos); 11,5 en pacientes con fístula recto bulbar (7 casos); 10,3 en pacientes con estenosis y asa de balde (13 casos); y de 17 años en 1 caso de atresia anal sin fístula.

El seguimiento promedio en las niñas fue de 8,1 años en los casos con fístula recto-vulvar (14 casos); 8,2 en aquellos con fístula perineal (4 casos); 5 en 2 casos de extrofia cloacal; y 7 años en una paciente con MAR compleja.

El seguimiento de los pacientes incontinentes por cirugía previa fue de 18,6 años.

Resultados

En el caso de los varones portadores de fístulas perineales, 6 de ellos presentaron deposiciones voluntarias (DV) y continencia normal (CN), y el resto presentó ensuciamiento ocasional. Los pacientes con fístulas recto-bulbares presentaron en 5 casos, DV y CN, con 1 caso de evacuación involuntaria. En referencia a los portadores de estenosis y/o asa de balde, 9 presentaron deposiciones voluntarias (DV) y continencia normal. Dos pacientes presentaron estreñimiento, 1 con ensuciamiento ocasional y el otro con ensuciamiento frecuente. En el grupo de pacientes con atresia anal sin fístula, un paciente presentó deposiciones voluntarias y continencia normal. Los pacientes incontinentes por cirugía previa, 3 DV, y 2 CN; uno sufría de ensuciamiento ocasional.

De las pacientes con fístula recto vulvar, 8 presentaron DV y CN. Dos de ellas, tuvieron incontinencia: una mínima y la restante frecuente. En el caso de niñas con fístulas perineales, todas resultaron con deposiciones voluntarias y continencia normal. Las pacientes con extrofia de cloaca (2 casos) evolucionaron con deposiciones voluntarias y ensuciamiento ocasional. La paciente con malformación anorrectal compleja, logró deposiciones voluntarias y continencia normal.

En suma, el 85 % de los varones con fístula perineal obtuvo continencia normal. Los portadores de fístula recto-bulbar lograron continencia en el 71 % de los casos y los pacientes con estenosis y/o asa de balde en el 69 %. Todos los niños con atresia sin fístula tuvieron continencia normal. Aquellos incontinentes por cirugía previa, lograron continencia el 66.6% de los casos.

En las niñas portadoras de fístula recto vulvar, la continencia fue del 57%. Todas las niñas con fístula perineal, fueron continentes. Las dos pacientes con extrofia de cloaca lograron continencia, y el caso de MAR compleja, presentó continencia normal.

Con referencia al estreñimiento, se evaluaron 7 casos en varones. Cuatro de ellos fueron tratados con dieta y/o laxantes, en los tres casos restantes debieron ser sometidos a cirugía, donde se realizó la sigmoidectomía longitudinal reductora (SLR). Dos de ellos, presentaron posteriormente deposiciones voluntarias y continencia normal. El restante debió ser sometido a sigmoidectomía con anastomosis colorrectal, persis-

tiendo con ensuciamiento ocasional.

Las complicaciones observadas en nuestra serie fueron: dermatitis periclostómica en 15 pacientes, que remitió con tratamiento médico; dehiscencia de la anoplastia en 2 casos que necesitaron corrección quirúrgica; prolapso mucoso en 2 ocasiones, ambos fueron corregidos quirúrgicamente.

Fallecieron cinco pacientes, de los cuales cuatro presentaron malformaciones asociadas graves: una paciente portadora de síndrome de Down falleció en el posoperatorio tardío; un varón falleció en el posoperatorio de la cirugía correctora de su tetralogía de Fallot; una niña con extrofia cloacal murió debido a insuficiencia renal aguda; y por último un varón con síndrome de Cornelia de Lange, falleció en su domicilio sin completar su tratamiento. El deceso del quinto paciente se debió a una infección respiratoria aguda.

Discusión

La mayoría de los autores señala que la incidencia de esta patología es de 1 cada 500 a 5000 recién nacidos vivos^{11,12}. En nuestra institución, cuya tasa de natalidad es la segunda en el país, la incidencia es de 5,5 casos por año¹³. Las MAR constituyen la cuarta parte de las anomalías congénitas digestivas que requieren cirugía en el recién nacido¹⁴.

Los varones son más afectados que las niñas, siendo más frecuente en los varones la fístula rectouretral, mientras que en las niñas lo es la fístula rectovesibular.

La clasificación de Ladd y Gross, fue empleada durante muchos años¹⁴ hasta que fue sustituida en 1970 por la clasificación de Melbourne, la que dada su complejidad fue poco empleada¹⁵.

En 1984, Stephens y Smith, impulsan una conferencia internacional a los efectos de elaborar una clasificación más práctica que se conoció con el nombre de clasificación de Wingspread, que tampoco fue seguida por iguales razones¹⁶.

El abordaje sagital posterior de Peña permite la exposición directa de la anatomía de cada uno de los defectos anorrectales, con las consiguientes implicancias terapéuticas, terminológicas, y de clasificación. Las ventajas de este abordaje radican en una correcta exposición de las estructuras esfinterianas y musculares que constituyen el complejo muscular a través del cual debe posicionarse el recto para lograr resultados

adecuados de continencia; permite además establecer claramente las relaciones entre el recto y el aparato genito-urinario, así como resulta una vía más objetiva para reconstruir la anatomía normal. Peña, además revalorizó el papel del esfínter externo como estructura de gran valor para la continencia ulterior. El concepto de mantenerse en la línea media en este abordaje para evitar lesiones neurológicas ya había sido preconizado por Rous de Brignolles en 1833, cuando sostuvo que de esa manera se preservaban las estructuras esfinterianas¹⁰.

Peña jerarquiza el concepto de "espectro" de MAR dado que los intentos de separar o categorizar este grupo de malformaciones han sido arbitrarios y/o artificiales. Nosotros hemos seguido su clasificación que consideramos práctica y útil a los efectos terapéuticos¹⁷.

Mediante la radiografía simple de pelvis (frente y perfil) se elabora el Índice Sacro (IS) que se correlaciona con el pronóstico funcional final^{18,19}.

Cuschieri y colaboradores establecen que el 60,2% de las MAR se presentan con otras anomalías, siendo el 15,4% de éstas el síndrome de VACTERL; otro 15% se presenta como síndromes teratogénicos, monogénicos, y/o cromosómicos, siendo el 9,3% de causa desconocida (secuencias)²⁰. Hasse, en una serie de 1420 pacientes, publicada en 1974, comunica que las malformaciones urogenitales alcanzaban el 19,7%. Las malformaciones de columna y extremidades se encuentran en el 13,1% y las cardiovasculares constituyen el 7,9 %²¹.

Las MAR están vinculadas al síndrome de Down en un 2% de los casos²². También forman parte de la tríada de Currarino, siendo éste último un defecto autosómico dominante asociado a mutaciones en el gen HLXB9 que codifica la proteína nuclear HB9²³. Asimismo, se asocian con ambigüedad sexual²⁰. También forman parte también del síndrome de Tornes-Brocks, y del síndrome FG, descrito por Opitz y Kaveggia en 1974¹⁴.

Las anomalías urogenitales se asocian entre el 20 al 54%, y aumentan en frecuencia y gravedad cuanto más alta es la MAR²⁶⁻²⁸. En una revisión de 1989, Peña señala una incidencia del 48%^{29,32}. En malformaciones bajas, la incidencia es menor al 10%; en los casos con malformaciones sacras, en cambio, alcanzan el 72%.

Existen complejos mecanismos sensitivos y de la

motilidad colónica de la que aún hoy desconocemos su funcionamiento y que son actualmente objeto de investigación³³.

El tratamiento médico de la incontinencia ha demostrado buenos resultados en aquellos pacientes corregidos con déficit funcionales importantes^{34,35}.

Consideramos que el tratamiento debe realizarse en etapas precoces con el fin de lograr la normalidad anatómica para el momento de la maduración funcional. Creemos que el seguimiento ordenado y sistemático, con un equipo multidisciplinario, beneficia a estos niños.

Bibliografía

1. Paulus Aegineta de Grecia. in The imperforate anus seven book, Adams F. (Trans), pp 405-406. The Sydenham Society. London. Book VI. Section LXXXI, 1844.
2. Amussat JZ: Observation sur une opération d'anús artificiel pratiquée avec succès par un nouveau procédé. Gaz Med (Paris) 3: 753-758, 1835.
3. Chassaignac M: Présentation de malades. Bul Soc Chir Fe 20: 410, 1856.
4. Hadra M: Klin Wchnschr n° 7, Berlin, 1886.
5. Wangenstein OH, Rice CO: Imperforate anus: A method of determining the surgical approach. Ann Surg 92: 77-81, 1930.
6. Rhoads JE, Piper RL, Randall JP: A simultaneous abdominal and perineal approach in operations for imperforated anus with atresia of the rectum and rectosigmoid. Ann Surg 127: 552-556, 1948.
7. Stephens FD: Imperforate rectum. A new surgical technique. Med J Austr 1: 202-206, 1953.
8. Peña A, Avila V: The sacro perineal approach for supralevator anorectal malformations. Proceeding of the 13th Annual Meeting of the Pacific Association of Pediatric Surgeons. Colorado Spring 1980 (Abstr).
9. De Vries P, Peña A: A posterior sagittal ano-recto plasty. J Pediatr Surg 17: 638-643, 1980.
10. Roux de Brignolles JN. Citado por Stephens FD y Smith ED. Anorectal malformations in children. Year Book Medical Publisher. Chicago, 1971.
11. Brenner EC: Congenital defects of the anus and rectum. Surg Gynecol Obstet 20: 579-588, 1915.
12. Trulser GA, Wilkinson RH: Imperforate anus: A review of 147 cases. Can J Surg 5: 269-277, 1962.
13. Boletín Informativo de BPS – 2003.

14. Lerone M, Bolino A, Martucciello G: The genetics of anorectal malformation: A complex matter". *Sem Pediatr Surg* 6 (4): 170-179, 1997.
15. Ladd WE, Gross RE: Congenital malformations of anus and rectum: Report of 162 cases. *Am J Surg* 23: 167-183, 1934.
16. Stephens FD, Smith ED: A proposed International Classification of Anorectal Malformations. Melbourne, Australia. Surgical Research Department, Royal Children's Hospital Research Foundation, 1970.
17. Stephens FD, Smith ED: Wingspread Classification of Anorectal Malformations. Report of a Workshop Meeting (Racine, Wisconsin Wingspread Convention Center) 25-27, 1984.
18. Peña A: Atlas of Surgical Management of Anorectal Malformations. Springer-Verlag. New York. pp 1-16, 1990.
19. Peña A: Anorectal Malformations. *Sem Pediatr Surg* 41: 35-47, 1995.
20. Cuschieri A, Ayne S, Hausler MCH, et al: Anorectal anomalies associated with or as part of other anomalies. *Am J Med Genet* 110 (2): 122-130, 2002.
21. Hasse W: Associated malformations with anal and rectal atresiae. In Schwarzenberg UA (Ed): Anorectal Malformations and Associated Disease, pp 99-103, 1974.
22. Torres R, Levitt MA, Tovilla JM, et al: Anorectal malformations and Down's syndrome. *J Pediatr Surg* 33 (2): 194-197, 1998.
23. Koling J, Karbasiyan M, Reis A: Spectrum of mutations and genotype. Phenotype analysis in Currarino Syndrome. *Euro J Hum Genet* 9 (8): 599-605, 2001.
24. Kluth D, Lambrecht W: Current concepts in the embryology of anorectal malformations. *Sem Pediatr Surg* 6 (4): 180-186, 1997.
25. Marco-Macian M, Piqueras A, Garcia Sala Viquer C, et al: Neurological changes or vertebral malformations in children with anorectal malformations. *Ann EspPediatr* 37 (2) 130-134, 1992.
26. Belman AB, King LR: Urinary tract abnormalities associated with imperforate anus. *J Urol* 108: 823-824, 1972.
27. Stephens FD, Smith ED: Anorectal malformations in children. Chicago. Year Book Medical Publisher 4: 118-132, 1971.
28. Boemers TM, Beek FJ, Van Gool JD, et al: Urologic problems in anorectal malformations. Part 1: Urodynamic findings and significance of sacral anomalies. *J Pediatr Surg* 31(3): 407-410, 1996.
29. Peña A: Pediatric surgical problems. Colon and Rectal Surgery. Corman ML (ED) 7: 240-285, JB Lippincott 2nd Ed. 1989.
30. Lluna González J, Barrios Fontova JE: Irrigación digestiva. Nuevas perspectivas. *Cir Ped Esp* 1: 16-18, 1993.
31. Carricart M, Pérez Billi L, Benedicetti JL: La relación técnico-paciente: Rol de la Información. *Arch Ped Urug* 65 (2): 5-8, 1994.
32. Peña A: Current management of anorectal anomalies. *Surg Clin North Amer* 72 (6): 1393-1417, 1992.
33. Heinen F, Solana J, Bailez M: Malformaciones anorrectales II: Ano imperforado con fístula recto-urinaria (análisis de 59 pacientes). *Rev Cir Inf* 5 (2): 67-72, 1995.
34. Paidas CH: Fecal incontinence in children with anorectal malformations. *Sem Pediatr Surg* 6 (4): 228-234, 1997.
35. Ménard C, Trudel C, Cloutier R: Anal reeducation for postoperative fecal incontinence in congenital diseases of the rectum and anus. *J Pediatr Surg* 32 (6): 867-869, 1997.

Trabajo presentado en el Vº Congreso CIPESUR, Noviembre de 2003, Florianópolis, Brasil.

Dr. L.E. Pérez Billi

Departamento de Cirugía Pediátrica de Malformaciones Congénitas

Departamento Médico Quirúrgico

Banco de Previsión Social

Montevideo, Uruguay