

Malformaciones anorectales a través del tiempo

El diagnóstico y tratamiento de las malformaciones anorectales han tenido a través del tiempo importantes cambios, los cuales se deben conocer para valorar, en la justa medida, su manejo actual, así como para aventurarse a predecir el desarrollo de estas patologías.

Se conocen desde la Antigüedad, siendo Paulus Aegineta, médico bizantino (625-690 AD), quien primero las describe en uno de sus 4 libros. Se trataba en esta ocasión de un niño que nació con una membrana anal, y él la rompió con un bisturí, recomendando dilataciones posteriores.

En estas primeras épocas, es probable que los casos complejos murieran y solo se lograran salvar los de membranas anales.

Es hasta 1710 que Dubois hace una colostomía inguinal para corregir la malformación; luego otros cirujanos lo imitaron y todos sus pacientes murieron, por lo que el procedimiento se volvió impopular.

En 1835 M. Amussat realiza la primera anoplastia con sutura del ano a la piel del periné, técnica que se usará por mucho tiempo

En 1930 Wangesteen y Rice presentaron dibujos y mostraron, en forma muy preliminar, los tipos de anomalías.

El abordaje abdominoperineal en recién nacidos, se usó a partir de 1948, con muy pobres resultados.

En Costa Rica es probable que se hayan tratado algunos casos antes de 1900, pero no existen datos que lo indiquen. Entre 1900 y 1930 no se reporta ningún niño operado para corregir esa patología, en los libros donde se consignaban las hojas operatorias del Hospital San Juan de Dios, y que se conservan en la oficina del Departamento de Cirugía de ese Hospital.

No hay ninguna publicación antes de 1957, cuando Ortiz Brenes y Arrea escriben en el segundo número de esta revista y reportan su experiencia en el Hospital San Juan de Dios.

En el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” se ha tratado una cantidad importante de estas patologías que, en parte, se publican en el trabajo de Ceciliano y colaboradores, el cual aparece en este número de la revista.

A partir de 1957 surgen una serie de conocimientos nuevos sobre estas malformaciones, que han influido en la mortalidad y en los resultados, siendo uno de los principales en su tratamiento, una cuidadosa investigación de las malformaciones congénitas asociadas, ya que son ellas las que producirán la mortalidad. Diagnosticarlas y corregirlas adecuadamente es lo que ha permitido el manejo posterior de estos enfermos, algunos de quienes necesitarán múltiples operaciones.

Ya en el campo de la corrección de la malformación anorectal, han sido cuantiosos los aportes al tratamiento, y se podrían resumir en la siguiente forma:

- 1) Se hace una clasificación más acorde con las malformaciones y se deja de lado la forma simple de clasificarlas en altas y en bajas.
- 2) Douglas Stephen's y Durham Smith publican el libro “Anorectal Malformation,” en el que se puntualiza que la continencia depende del vendaje que hacen los haces del músculo

elevador del ano, alrededor del recto. Describen en su libro una novedosa técnica, en donde después de ligar la fístula, se pasa el recto por ese vendaje y se fija en el periné. Fue usada por muchos cirujanos y todos concluyeron que era muy difícil de realizar, y que la identificación de las fibras de elevador del ano era muy imprecisa.

- 3) Desde 1997 W. H. Hendren describe ingeniosos procedimientos para tratar las cloacas altas. Algunos de ellos se utilizan en la actualidad y otros se han sustituido por las técnicas de Peña.
- 4) En 1980 Alberto Peña describe su técnica para reparar estas malformaciones con un abordaje sagital posterior, que posibilita la observación de los distintos elementos formantes de la malformación, y repararlos con la seguridad de esa visión directa. Este ha sido un aporte fundamental.
- 5) Con estos nuevos conocimientos en el nivel mundial, se han iniciado los estudios sobre resultados funcionales de estas patologías, semejantes al presentado en este número de la revista. Así se ha demostrado que en algunos tipos de estas malformaciones se hace imprescindible un cambio para mejorar los resultados funcionales.
- 6) Casi todos los que manejan estos pacientes coinciden en que es en un control prolongado durante varios años, y con el uso de laxantes, enemas, o antidiarreicos, que se puede lograr que los pacientes permanezcan limpios y lleven una vida casi normal.
- 7) El uso imprescindible de los enemas ha llevado al desarrollo de la técnica Malone, con la que usando el apéndice cecal abocado al ombligo, se introduce una sonda y se realizan los enemas. También se ha usado el botón de Chait un aditamento de plástico que se coloca en el ciego y por el que se introduce la sonda.

- 8) El futuro de estas patologías está ligado al desarrollo impresionante que han tenido las técnicas laparoscópicas, que permiten ligar las fístulas que desembocan en la vejiga y en la próstata por esta vía, y efectuar un descenso del recto, colocándolo en forma exacta en el vendaje de las fibras del elevador del ano, el cual se identifica muy claramente al estimularlo con un electrodo. Se observa con precisión la manera en como se contraen las fibras y se puede escoger el lugar ideal para colocar el recto. Es de esperar que los pacientes tratados en esta forma tengan un mejor control, que es algo que no se logra en esos dos tipos de malformaciones actualmente.

Como son pacientes complejos, y en ocasiones con varias malformaciones asociadas, hay que programar su corrección como un todo y aprovechar los tiempos quirúrgicos para corregir las que se pueda en el mismo acto, y así acelerar los tratamientos. En el caso de las malformaciones urológicas es muy importante no prolongar su corrección para evitar el deterioro de la función renal.

Es de esperar también aportes en el campo de la genética y en el de los implantes de músculo creado a partir de células madres.

Todo lo anterior demuestra la forma en como se han desarrollado los conocimientos en este campo, que se ha presentado en todas las ciencias y obliga a estar alerta a cambios y modificaciones de conceptos, siempre que estos se fundamenten en la responsabilidad intelectual.

*Carlos Arrea Baixench
Miembro de Número
Academia Nacional de Medicina
Miembro del Comité Editorial AMC*