

Resección parcial del Megarrecto en niños constipados operados por una malformación anorrectal.

Drs. Heinen F, Korman R.

Hospital de Clínicas José de San Martín , Facultad de Medicina (UBA), Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La constipación observada en el 30-50% de los pacientes operados por una malformación anorrectal puede deberse a una hipomotilidad rectal. El desarrollo de una constipación severa y un megarrecto con impactación fecal, puede afectar la continencia. Se presentan 7 pacientes operados previamente por una malformación anorrectal que presentaban constipación severa y ensuciamiento fecal, en quienes se realizó la resección parcial del rectosigma dilatado. La constipación mejoró en todos y la continencia fue normal en los pacientes con malformaciones de buen pronóstico con una sacro normal (fístulas cutáneas, fístulas vestibulares). En los niños con ano imperforado y fístula uretral prostática y anomalía sacra, la continencia mejoró significativamente.

La resección parcial del rectosigma facilitó el manejo de la constipación severa y mejoró la continencia lo que evidencia la importancia de la motilidad intestinal en la continencia rectoanal. Debería considerarse en todo paciente con megarrecto primario o secundario, cuya constipación no pueda ser manejada clínicamente.

Palabras Clave : Malformaciones Anorrectales, Constipación, Megarrecto.

INTRODUCCION

Algunos niños operados por una malformación anorrectal presentan megarrecto y constipación severa, que empeora su continencia (1) (2) (3) (4) . Hace años se planteó que existiría en estos casos un déficit primario en la motilidad del intestino terminal (5).

Presentamos aquí los resultados obtenidos 7 pacientes operados por diversas anomalías anorrectales, en los que se resecó parcialmente el megarrecto para mejorar su constipación y su continencia (2).

MATERIAL Y METODO.

Siete pacientes operados por distintas malformaciones anorrectales presentaban constipación severa que no respondía al tratamiento médico y requerían enemas y frecuentes internaciones para desimpactación (Tabla 1). Todos presentaban ensuciamiento fecal salvo el paciente 1 que pasaba semanas sin deposiciones.

Por la importancia que la integridad del sacro tiene como factor pronóstico de la continencia, detallamos este aspecto en la Tabla 1. (6) (7) (8)

El estudio contrastado del colon para valorar el megarrecto, fue realizado sin preparación y utilizando contraste yodado hidrosoluble. Se evitó el uso sulfato de bario para no agravar la impactación. Se contrastó el megarrecto hasta llegar al colon descendente de calibre normal (Fig 1). Además, se valoró ecográficamente el árbol urinario por la posible ectasia secundaria a compresión ureteral extrínseca.

Decidida la resección rectosigmoidea, se realizó la preparación total del intestino administrando por vía oral una solución de polietilenglicol (Barex (r)) y enemas

salinos evacuantes. Se indicó Cefoxitina IV como profilaxis antibiótica preoperatoria inmediata.

Por una laparotomía mediana infraumbilical o una incisión en "palo de hockey" en la fosa ilíaca izquierda se exteriorizó el megarrecto. El límite distal de la resección pasó por la reflexión peritoneal y hacia proximal, por el colon descendente de calibre normal. La esqueletización del segmento a resecar incluyó ligaduras múltiples en los dilatados y tortuosos vasos rectosigmoideos (Fig 2).

Se cerró el recto distal en dos planos hasta dejar una boca del tamaño del colon descendente realizando luego una anastomosis término-terminal en dos planos con material reabsorbible 3/0 (Vicryl (r) , PDS (r), Ethicon Inc). En un caso se utilizó sutura mecánica (EEA Autosuture). (Fig 3)

Se mantuvo el ayuno por 4 días postoperatorios, sin necesidad de alimentación parenteral y se inició el aporte oral cuando se comprobó pasaje de gases.

Se restableció una dieta rica en fibras hasta comprobar la respuesta obtenida en la función evacuatoria.

	Malformación	Sacro	Edad (años)
1	FVE	Normal	22
2	FRUp	Displasia	6
3	FRUp	Displasia	11
4	FC	Normal	5
5	FRUb	Normal	5
6	AIS/F Recto alto	Normal	10
7	FRUp	Normal	3

TABLA 1: Malformaciones anorrectales, estado del sacro y edad en la que realizó la resección rectosigmoidea.

FVE : Fístula Vestibular, FRUp: Fístula recto-uretra prostática; FRUb: Fístula Recto-uretra bulbar; FC : Fístula cutánea; AIS/F: Ano imperforado sin fístula, con el recto ubicado alto en la pelvis.

RESULTADOS

El tiempo de seguimiento promedio postoperatorio fue 2 años y 4 meses (rango 9 años y 1 mes)

Todos los pacientes mejoraron su constipación y fueron manejables con dieta, sin requerir enemas desde su operación. Los casos 1 y 4 recobraron un completo control defecatorio, los casos 2-3, que presentan displasia sacra, tienen aún déficit de continencia y los casos 5 y 6 tienen deposiciones voluntarias con manchado esporádico. El caso 7 es niño aún pequeño para valorar su continencia y ha sido recientemente operado.

Dos pacientes presentaron ureteropielectasia secundaria a la compresión extrínseca por el megarrecto que cedió luego de la resección rectosigmoidea.

En todos los casos la histología del intestino resecado mostró hipertrofia de la capa muscular y células normales en los plexos intramurales.

DISCUSIÓN

Los niños con malformaciones anorrectales bajas, fístulas vestibulares o fístulas rectourinarias con sacro íntegro y buen desarrollo esfinteriano, tienen un buen pronóstico de continencia. Sin embargo si presentan constipación severa y megarrecto, pueden tener una seudoincontinencia por rebalsamiento (2). Algunos

de estos pacientes mejoran luego del tratamiento de la constipación. En aquellos que no responden se ha planteado la resección parcial del megarrecto (2).

Según las publicaciones, el megarrecto sería más frecuente en los casos operados por ano imperforado y fístula cutánea perineal, que en las malformaciones más altas (5) (2) (3). Sin embargo entre nuestros 7 casos, en 4 el recto se ubicaba alto en la pelvis (casos 2,3,6,y 7), en dos en posición intermedia (casos 1 y 5) y sólo uno tenía una fístula cutánea perineal. (Tabla 1)

El megarrecto puede desarrollarse en los primeros meses de vida, pero en algunos casos es evidente desde el nacimiento. Esto se ha denominado " Ectasia rectal primaria" (5) (9). Algunos pacientes con dilatación segmentaria han sido operados tardíamente en la infancia aunque presentaban constipación severa desde el nacimiento (10).

La dilatación segmentaria puede observarse en el colon terminal o en sectores proximales del colon, en pacientes sin malformación anorrectal (5) (9) (11) (12). Cuando afecta el sigmoides y existe un segmento distal estrecho, debe descartarse una aganglionosis colónica (10)

Años atrás Swenson lo denominó " Dilatación segmentaria del colon " (11) y desde entonces se han reportado otros casos (10) (12). Esta anomalía del intestino caudal ocurre sin ano imperforado y podría explicar los casos de " constipación congénita " o "Síndrome del Reservorio" (5).

Algunos pacientes operados el primer día de vida no mostraron hipertrofia muscular en la pared rectal, lo que afirmaría una dilatación primaria del intestino (9)

Aquellos pacientes con un megarrecto secundario a estenosis anales postoperatorias o aquellos con malformaciones anales bajas no tratadas oportunamente, presentan un megarrecto con hipertrofia muscular que siempre interpretamos como secundario. Quizá alguno de estos pacientes haya tenido un megarrecto inicial.

Hace 20 años ya se recomendaba resecar en el momento de la reconstrucción, el sector rectal ectásico asociado a una malformación anorrectal. (13)

El criterio es similar a aquel propuesto para las atresias intestinales donde se comprueba una mala motilidad del intestino proximal dilatado.

En la atresia del intestino delgado se han demostrado alteraciones histológicas, menor presencia de ATPasa, hiperplasia de los plexos de Auerbach y reducción del contenido de Acetilcolinesterasa en el sector dilatado, como si las reservas tisulares del mediador se hubieran agotado en la lucha por vencer la obstrucción. Estos cambios histológicos han sido reproducidos en modelos experimentales de obstrucción intestinal mecánica y no serían entonces motivados por la alteración vascular causante de la atresia (14) (15) .

Es posible pensar que un hecho similar ocurra en las anomalías anorrectales que presentan hipomotilidad y dilatación rectal.

Entre un 30 - 50 % de los pacientes operados por una malformación anorrectal presentan constipación, por eso insistimos en una dieta rica en fibras cuando los pacientes comienzan a ingerir semisólidos. Podemos así mejorar aquellos con una constipación leve o moderada.

Dado que la constipación es tanto o más frecuente en las malformaciones bajas, no es probable que la disección rectal necesaria para el descenso de malformaciones más altas, sea la causa de la constipación. (3) (4) (7) (8) .

Así como se debe modelar un megarrecto en la reparación inicial de la malformación anorrectal, la resección parcial del rectosigma conservando la porción distal de recto como reservorio, mejora la constipación que no responde al manejo médico, mejorando además la continencia afectada por la impactación y el rebalsamiento (2).

Con una correcta preparación intestinal la resección rectosigmoidea no requiere una colostomía protectora si es confiable la anastomosis manual entre el recto distal y el colon descendente de calibre normal.

Algunos autores se han manifestado en contra de la resección rectosigmoidea parcial anterior y prefieren la exéresis total del recto y un descenso endorrectal abdominoperineal (5) (16).

Parece más fisiológico dejar parte del recto como reservorio y como área con sensibilidad propioceptiva (2) . Los resultados obtenidos en estos primeros casos nos llevan a indicar este procedimiento en los niños operados por una malformación anorrectal que presenten megarrecto y constipación inmanejable. Dado el resultado obtenido en pacientes que no tenían un pronóstico de continencia favorable, no restringimos su aplicación sólo a aquellos pacientes con malformaciones de buen pronóstico como ha sido planteado (2) .

La motilidad intestinal es un factor fundamental en la continencia y en tanto no conozcamos más de su fisiología y podamos actuar sobre ella, la resección parcial de un segmento rectosigmoideo muy dilatado, es una alternativa. (2) (8) .

Cabría plantear la posibilidad de aplicar este criterio en pacientes con megarrecto y constipación severa de causa indeterminada como la llamada constipación "funcional", "psicógena" o "esencial" que continúan siendo de muy difícil manejo.

La motilidad intestinal no es aún comprendida en su totalidad y quizá por eso carecemos de otros recursos terapéuticos cuando fallan las tradicionales dietas, laxantes o enemas.

BIBLIOGRAFIA

1 Stephens FD, Smith ED : Anorectal malformations in Children, Chicago, Year Book Medical Publishers, 1971, pp 348-349.

2 Peña A, El Behery M: Megasigmoid : A Source of Pseudoincontinence in Children with Repaired Anorectal Malformations. J Pediatr Surg 28:199-203, 1993.

3 Heinen FL, Bailez M, Solana J ; Malformaciones Anorrectales 1 : Fístula Vestibular. Rev Cir Inf 2(4): 148-153,1992.

4 Heinen FL, 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.

5 Cloutier R, Archambault A, D'Amours C, et al : Focal Ectasia of the terminal Bowel accompanying Low Anal Deformities. J Pediatr Surg 22:758-760, 1987.

6 Heinen F: Informe de la Reunión del International Colorectal Club, Hamburgo, Junio de 1994. Rev Cir Inf 4: 137-139, 1994.

Peña A: Posterior Sagittal anorectoplasty. Results in the management of 332 cases of anorectal malformations. Ped Surg Int 3:94-104, 1988.

8 Peña A: Anorectal Malformations. Seminars in Pediatric Surgery 4 :35-47,1995.

9 Helikson MA, Schapiro MB, Garfinkel D, Shermeta DW: Congenital Segmental Dilatation of the colon. J Pediatr Surg 17:201-202,1982.

10 Nguyen L, Shandling B: Segmental dilation of the colon: A Rare Cause of Chronic Constipation. J Pediatr Surg 19:539-540,1984.

11 Swenson O, Rathauer F: Segmental dilatation of the colon. Am J Surg 97:734-738,1959.

12 Brawner J, Shafer AD: Segmental dilatation of the colon . J Pediatr Surg 8:957,1973.

- 13 Brent L, Stephens FD : Primary rectal ectasia. A quantitative study of smooth muscle cells in normal and hypertrophied human bowel. *Prog Ped Surg* 9:41-62,1976.
- 14 Pickard LR,Santoro S,Wyllie RG, Haller A : Histochemical Studies of Experimental Fetal Intestinal Obstruction . *J Pediatr Surg* 16:256-260,1981.
- 15 Tepas JJ, Wyllie RG, Shermeta DW, et al : Comparison of Histochemical studies of intestinal atresia in the human and fetal lamb. *J Pediatr Surg* 14:376-380,1979.
- 16 Powell R, Sherman JO, Raffensperger JG: Megarectum; a rare complication of imperforate anus repair and its surgical correction by endorectal pull-through. *J Pediatr Surg* 17:786-795,1982.