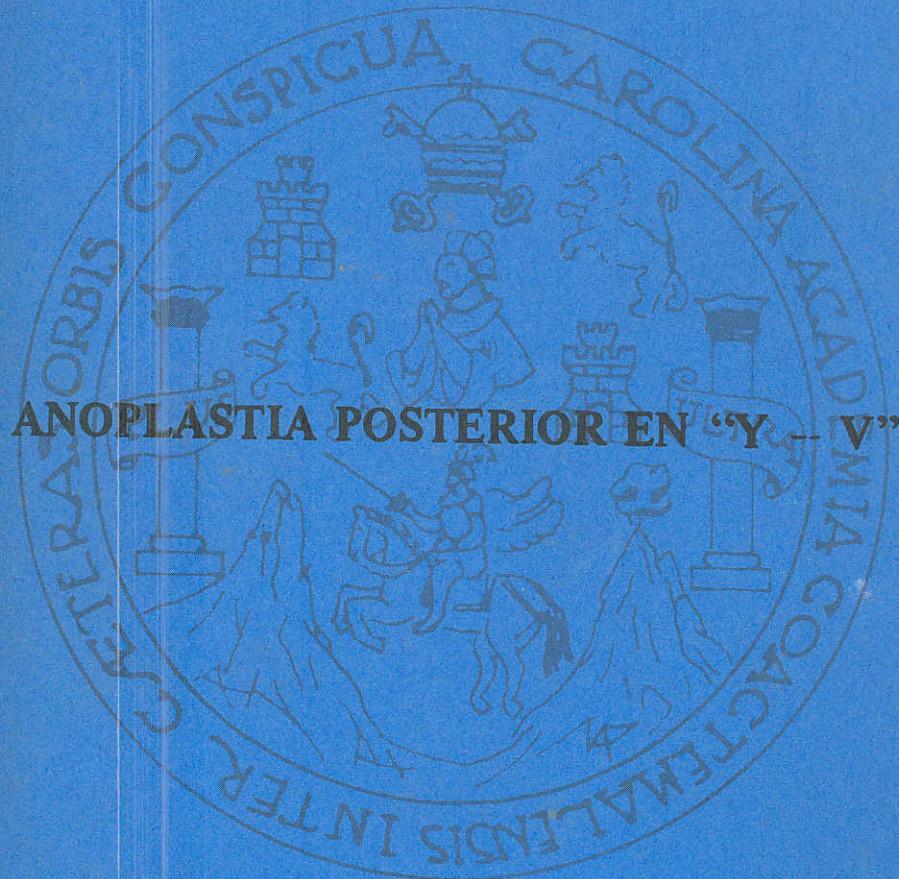


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Médicas



CARLOS SALOMON DAVID ALCAHE

*Guatemala, abril de 1975*

## **PLAN DE TESIS**

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. INDICACIONES Y TECNICA OPERATORIA
- IV. MANEJO POST-OPERATORIO
- V. MATERIAL CLINICO
- VI. PRESENTACION DE CASOS
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. CLASIFICACION
- IX. BIBLIOGRAFIA

## I INTRODUCCION

El objeto del presente trabajo es divulgar la experiencia de la Sección de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt de Guatemala en los 33 casos de fistulas ano-cutáneas y ano-vulvares tratados con una sencilla técnica de anoplastia; Anoplastia posterior en "Y - V".

Durante varios años se usó el Corte Atrás, "Cut Back" (operación diseñada por el Dr. Denis Browne) en el tratamiento de fistulas ano-cutáneas congénitas (Clasificación Australiana).

Sin embargo en Marzo de 1971, el Dr. James O'Neill, cirujano pediátrico estadounidense; enseñó en nuestro hospital esta nueva técnica para tratar estos casos, la cual en realidad, no es sino un Corte Atrás un poco más elaborado. La idea gustó y se decidió aplicarla. (3). Ha sido practicada hasta la fecha en 33 niños. Los resultados son tan satisfactorios como se podrá apreciar en nuestra casuística, que en la Sección de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt es yá una rutina la Anoplastia Posterior en "Y - V" en fistulas ano-cutáneas y ano-vulvares.

## II ANTECEDENTES

El Dr. O'Neill informó haber aprendido la técnica del Dr. William Clatworthy en el Hospital de Niños de Columbus, Ohio, y éste del Dr. Robert E. Gross del Children's Hospital de Boston, Massachusetts. (6) Ninguno de ellos ha publicado este procedimiento, sin embargo al buscar información en distintos libros clásicos de Cirugía Infantil solamente se encuentran dos menciones; una en el libro del Dr. Marcel Févre (1968) (1) y la otra del Dr. N. V. Freeman en Progresos de Cirugía Pediátrica (1971) (4) ambas muy breves y que fácilmente pasan inadvertidas si la búsqueda no es dirigida.

El Dr. James O'Neill transmitió sus conocimientos sobre este método quirúrgico a los Drs. Eduardo Lizarralde y Rodolfo Durán, Jefe del Depto. de Cirugía del Hospital Roosevelt y Jefe de Sección de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt respectivamente, y quienes fueron los primeros en poner en práctica este procedimiento en Guatemala.

### III

## INDICACIONES Y TECNICA OPERATORIA

Es de fundamental importancia antes de poner en práctica el método, descartar otras anomalías congénitas asociadas, principalmente del tubo digestivo, del sistema genitourinario y anomalías congénitas cardiovasculares.

Solamente son indicaciones de este procedimiento, las fistulas ano-cutáneas, la estenosis anal cubierta, y las fistulas ano-vulvares, sin embargo en el Hospital Roosevelt únicamente se ha tenido la oportunidad de efectuarlo en fistulas ano-cutáneas, y ano-vulvares.

Los tres procedimientos posibles de reparación de estas deformidades son el uso de dilatadores, el "Cut Back" y la Y - V plastía.

La Anoplastía posterior en "Y - V" debe practicarse preferiblemente durante el período neonatal. Bajo anestesia general, con intubación endotraqueal se coloca al niño en un extremo de la mesa de operaciones, suspendido de sus miembros inferiores (posición ginecológica) para exponer la región perineal. Se calibra el diámetro y longitud de la fistula con un dilatador fino de Hegar.

Se hace una incisión curvilínea en la vertiente posterior del orificio fistular, la cual se prolonga hacia atrás con una nueva incisión longitudinal hasta el sitio que debe ocupar normalmente el ano, formando en conjunto una incisión en forma de Y (Fig. 1 A). Enseguida se disecan cuidadosamente los labios de esta incisión para exponer el trayecto fistuloso. Una vez se considera que este trayecto está suficientemente expuesto, se le secciona longitudinalmente hacia atrás (Fig. 1 B); esta incisión expone la mucosa y corrige la estrechez, transformando el conducto fistuloso en un canal abierto. Despues se suturan cuidadosamente los bordes cutáneos con los

bordes mucosos usando puntos interrumpidos de seda fina (Fig. 1 C) teniendo cuidado en dejarlos flojos para evitar que corten los tejidos. Por último se calibra el nuevo ano con dilatadores de Hegar, del número cero al cuatro o bien con el dedo meñique para apreciar la diferencia pre y post procedimiento.

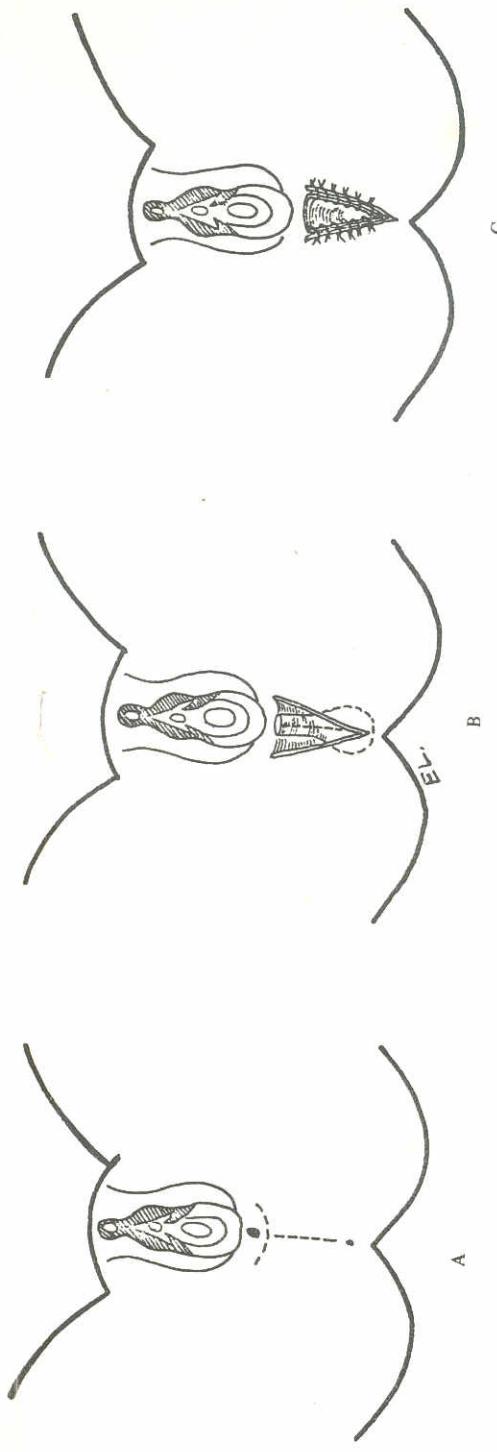


Figura 1

#### IV

### MANEJO POST-OPERATORIO

Durante el post-operatorio se coloca al niño en decúbito ventral teniendo cuidado de protegerle los codos y rodillas con algodón y venda para evitar que se erosionen.

La región perineal debe lavarse con solución salina tibia y cubrirse con unas gotas de aceite mineral cada vez que el niño evacua.

Los puntos se retiran a los doce días y entonces principian las dilataciones periódicas. Habrá que darle instrucciones a la madre para que ella las efectue al llevarse al niño a casa. Se recomienda que éstas se hagan dos veces por día en un máximo de tres meses.

El nuevo año quedará, en algunos casos, más próximo a los genitales externos, por lo que habrá que decírselo a la madre de las mujercitas a fin de evitar contaminaciones hacia el agujero vulvar, manteniéndoles buena limpieza de la región perineal. También cuando estas niñas lleguen a la edad de la pubertad han de estar sabidas de la proximidad de su orificio anal.

## V MATERIAL CLINICO

El cuadro No. 1, muestra un resumen de los casos efectuados. Como puede observarse, hubo niños de varias edades en relación a la fecha en que ingresaron al hospital. Del total, 22 fueron mujeres y 11 fueron varones. Es decir que esta técnica se puso en práctica en un 66.6 o/o en mujeres y un 33.3 o/o en hombres.

El niño de menor edad intervenido fue de 20 horas de vida. El mayor tenía 4 años, 2 meses de edad.

El de menor peso fue de 4 lbs. 15 onzas siendo éste un segundo gemelo. También hubo una niñita con igual peso quien acudió a sus controles post-operatorios al mes, a los 6 meses y al año, quedando la Y - V plastía amplia.

Con respecto a los gemelos, estos nacieron en la Maternidad del Hospital, varones, con fistulas ano-cutáneas y a quienes se les intervino a las edades de 28 horas y 28 horas y media de vida. Los resultados fueron satisfactorios.

De los 33 casos, fueron operados 22 niños con fistulas ano-cutáneas y 11 niñas con fistulas ano-vaginales. De estos 22 niños con fistulas ano-cutáneas, se encuentran los 11 varones y 11 mujeres lo cual nos da una incidencia para las niñas del 50 o/o de fistulas ano-cutáneas y de 50 o/o de fistulas ano-vaginales.

En nuestro cuadro se encuentra una niña que fallece cuatro meses después, de Laringotraqueobronquitis, lo cual no tuvo ninguna relación aparente con la operación.

También se encuentra una niña que regresa un mes y medio más tarde por estenosis anal secundaria a falta de dilataciones anales en su casa. Fueron efectuadas las mismas, dos veces diarias, en el hospital y luego por su madre en casa. La niña tuvo un nuevo

ingreso al hospital, al año y 8 meses post-operación, por problemas de Malnutrición e Infección urinaria. La anoplastía se consideró satisfactoria.

Hay otro caso, de una niñita en quién al estudio pre-operatorio, se tuvo la impresión clínica de una cardiopatía congénita asociada, probablemente una comunicación interventricular; fue examinada por la Unidad de Cardiología y consideraron factible el poderla someter a la Anoplastía; el resultado fue satisfactorio.

El último niño intervenido; en el período post-operatorio, presentó tres abscesos en el miembro inferior derecho cuyos cultivos indicaron ser a estafilococo. Fue tratado con penicilina y con dicloxacilina. Su evolución fue buena.

Del total de niños operados únicamente vinieron a control post-operatorio a consulta externa siete; quienes mostraban resultados satisfactorios. Por el escaso número de niños en control post-operatorio, me permití citar a todos los casos, sin embargo para mi decepción únicamente se presentaron cinco, quienes defecan normalmente y con esfínteres de buen tono y calibre.

Es de hacer notar que durante el primer año en que se practicó esta nueva técnica, se consideró que únicamente estaba indicada en casos de fistulas ano-cutáneas y solamente se efectuaron seis reparaciones. De 1972 en adelante se ha empleado la operación también en fistulas ano-vaginales en los cuales los resultados son igualmente satisfactorios aunque la apariencia a la vista no sea muy estética.

Vale la pena señalar que este procedimiento se está efectuando también en niños recién nacidos porque en estos casos no es necesario hacer estudios radiológicos, sino que basta con un cuidadoso examen clínico para indicar la operación y no hay razón alguna para posponerla, siempre y cuando las condiciones generales del paciente la permitan.

**V<sup>1</sup>  
PRESENTACION DE CASOS**

**CUADRO No. I**

No.	Reg.Méd.	Fecha op.	Sexo	Edad	Peso lbs.	Fístula	Resultado	Observaciones
1.	358412	8-3-71	F	2m126d	10.2	A.C.	Satisfact.	Control 1 año más tarde: Satisfact.
2.	381338	6-9-71	F	7d	6.1	A.C.	Satisfact.	4 meses después fallece de laringotraqueobronquitis.
3.	383559	4-10-71	M	2m26d	11.0	A.C.	Satisfact.	Control 9 meses después: satisfact.
4.	386778	26-10-71	F	1m 9d	6.0	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
5.	392636	22-12-71	F	27d	8.0	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
6.	399730	6-3-72	M	17d	5.12	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
7.	412697	16-6-72	F	18d	5.13	A.V.	Satisfact.	Reingreso por estenosis anal.
8.	417303	21-8-72	F	29d	12.0	A.V.	Satisfact.	Controles satisfactorios hasta 10 meses después.
9.	430855	24-11-72	F	11m 7d	15.0	A.V.	Satisfact.	No acude a sus citas.
10.	433969	8-12-72	F	12d	5.9	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
11.	437558	5-1-73	F	57h	6.8	A.V.	Satisfact.	Año y medio después: satisfactorio.
12.	441067	1-2-73	M	36h	6.0	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
13.	440648	12-2-73	F	7m17d	15.0	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
14.	441849	19-2-73	F	9m17d	12.0	A.V.	Satisfact.	Cardiopatía cong. asoc. No acude a citas.
15.	454793	24-5-73	F	45h	6.6	A.V.	Satisfact.	No acude a sus citas.
16.	465310	6-9-73	F	8m23d	15.0	A.C.	Satisfact.	Control año y medio después: satisfact.
17.	470886	24-9-73	M	20h	5.3	A.C.	Satisfact.	Control año y medio después: satisfact.
18.	460668	3-10-73	M	5m2d	14.0	A.C.	Satisfact.	Control 16 meses después: satisfactorio.
19.	471375	8-10-73	F	14d	4.15	A.V.	Satisfact.	Controles posteriores satisfactorios.
20.	475673	6-11-73	F	1m25d	8.0	A.V.	Satisfact.	No acude a sus citas.
21.	478252	20-11-73	F	13d	6.3	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
22.	486474	31-1-74	F	24d	8.3	A.V.	Satisfact.	Control 1 año más tarde: aceptable.
23.	488109	14-2-74	F	3d	5.13	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
24.	489481	22-2-74	F	42h	6.0	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
25.	478725	22-3-74	F	432m	27.0	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
26.	495412	22-4-74	F	1azd	10.0	A.V.	Satisfact.	No acude a sus citas.
27.	495975	25-4-74	M	7m	18.0	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
28.	496744	29-4-74	M	1a28d	17.0	A.C.	Satisfact.	Control 10 meses después: aceptable.
29.	509715	19-8-74	F	1a2m	11.0	A.V.	Satisfact.	No acude a sus citas.
30.	512554	6-9-74	M	28h	6.3	A.C.	Satisfact.	1er. gemelo. No acude a sus citas.
31.	512555	6-9-74	M	28h30'	4.15	A.C.	Satisfact.	2do. gemelo. No acude a sus citas.
32.	518872	31-10-74	M	38h	7.7	A.C.	Satisfact.	No acude a sus citas.
33.	526320	7-1-75	M	3d	6.0	A.C.	Satisfact.	Abscesos de MI der. No acude a citas.

A.C.  
A.V.

Ano-rectánea  
Ano-Vulvar

horas  
días  
meses  
años

## VII CONCLUSIONES

1. Los resultados de la Anoplastía Posterior en "Y - V" han sido invariablemente satisfactorios.
2. Se tiene la impresión que los resultados obtenidos con esta técnica son mejores que los que se solían obtener con el "Cut-Back".
3. Los mecanismos reflejos de defecación no han sufrido en lo más mínimo y el pte. recupera la normalidad de sus hábitos.
4. La morbilidad fue insignificante.
5. La mortalidad es nula.
6. Creemos poder recomendar la técnica. En la Sección de Cirugía Pediátrica del Hospital Roosevelt se usa rutinariamente.

## VIII CLASIFICACION

Ya que la Anoplastía Posterior en "Y - V" es una técnica a emplearse en fístulas Ano-cutáneas, estenosis anal cubierta y fístulas Ano-Vulvares, (variedades de las anomalías Ano-Rectales), aprovecho esta oportunidad para hacer mención de la Clasificación Internacional propuesta durante el Centenario del Congreso de Cirugía Pediátrica del Royal Children's Hospital de Melbourne, Victoria, Australia en 1970.

Los términos empleados sobre los diagramas son aquellos que fijó el Comité formado por participantes internacionales para estandarizar la nomenclatura, lo cual fue un paso esencial para el mejor entendimiento y llevar un orden conjunto de las deformidades Ano-Recto-Genitales.

Se agradece al Dr. Nathalian Myers, por medio de quién se logró el permiso de publicación de esta clasificación (7).

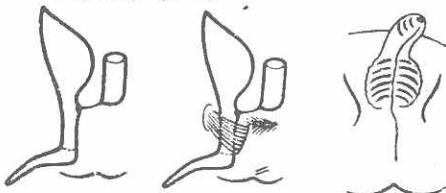
## MASCULINOS

### Deformidades Altas

#### 1. Agensis Ano-Rectal

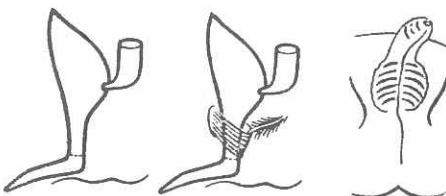
(a) sin fistula

Agensis Ano-Rectal  
(NO fistula) (z-1)

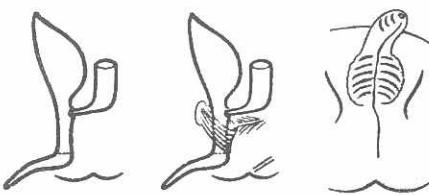


#### (b) Con fistula

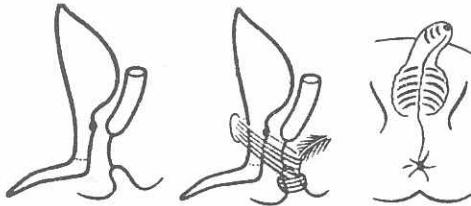
Fistula Recto-Vesical (i) (z-2)



Fistula Recto-Uretral (ii) (z-3)



#### 2.- Atresia Rectal (z-4)



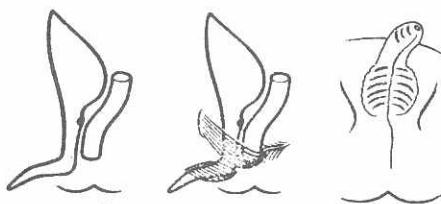
## MASCULINOS

### Deformidades Intermedias

#### 1.-Agenesia Anal

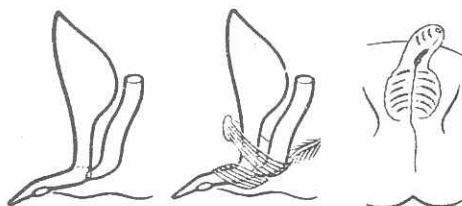
(a) Sin fí s tula

Agenesia Anal (no fistula) (z-5)

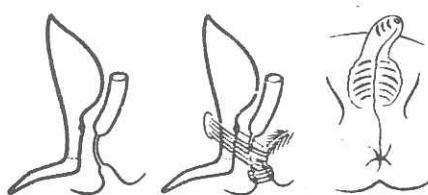


(b) Con fí stula

Fí stula Recto-Bulbar (z-6)



2.- Estenosis Ano-Rectal (z-7)

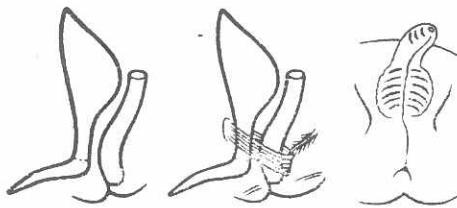


## MASCULINOS

### Deformidades Bajas

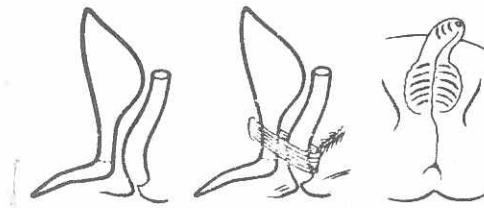
1.- En el Sitio Anal Normal

(i) Ano cubierto-Completo (z-8)



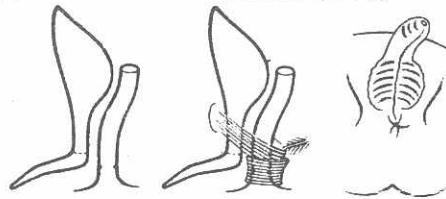
(ii) Estenosis Anal

Estenosis Anal Cubierta (z-9)



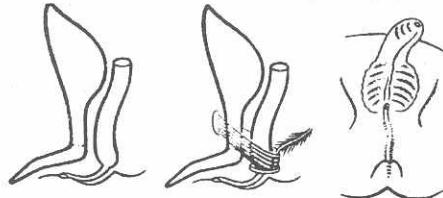
2.- En el Sitio Perineal

(i) Ano Perineal Anterior (z-10)



(ii) Fístula Ano-Cutánea

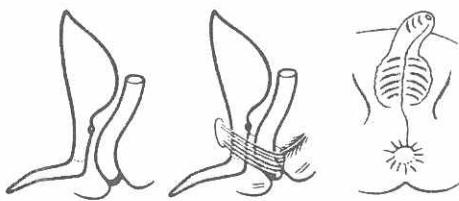
(Ano Cubierto-Incompleto) (z-11)



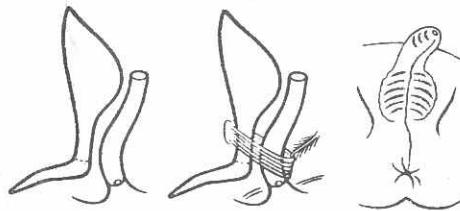
## MASCULINOS

### Deformidades Diversas

- (i) Membrana Anal Imperforada (z-12)



- (ii) Estenosis de Membrana Anal (z-13)



- (iii) Fisura Vesico-Intestinal

- (iv) Duplicaciones del Ano, Recto y  
Tracto Genitourinario

- (v) Combinaciones de deformidades

} No ilustrado

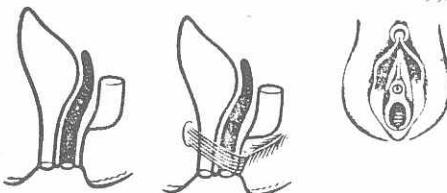
## FEMENINOS

### Deformidades Altas

#### 1.- Agenesia Ano-Rectal

(a) Sin fistula

Agenesia Ano-Rectal (no fistula),(z-14)

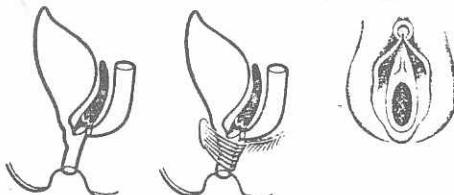


(b) Con fistula

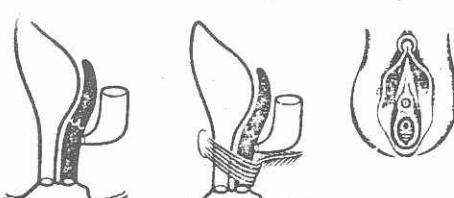
(i) Fistula Recto-Vesical (z-15)



(ii) Fistula Recto-Cloacal (z-16)



(iii) Fistula Recto-Vaginal Alta (z-17)



#### 2.- Atresia Rectal (z-18)



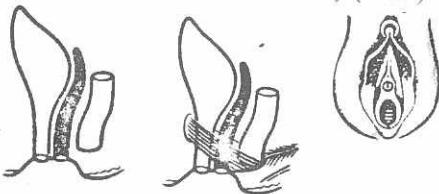
## FEMENINOS

### Deformidades Intermedias

#### 1.- Agenesia Anal

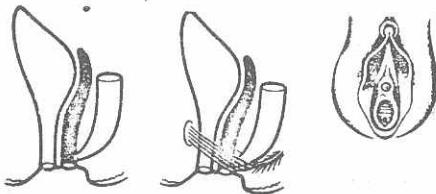
##### (a) Sin fístula

Agenesia Anal (no fístula) (z-19)

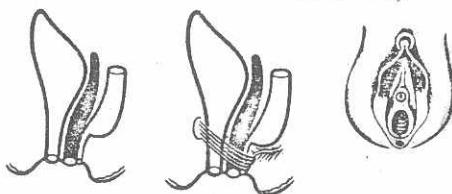


##### (b) Con fístula

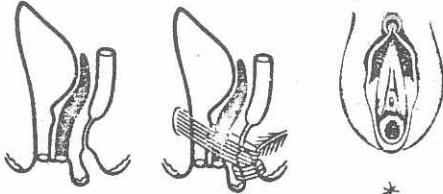
###### (i) Fístula Recto-Vaginal Baja (z-20)



###### (ii) Fístula Recto-Vestibular (z-21)



#### 2.- Estenosis Ano-Rectal (z-22)

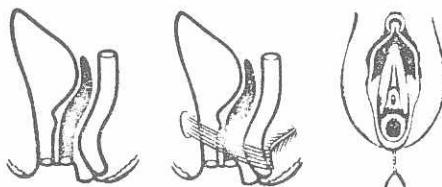


## FEMENINOS

### Deformidades Bajas

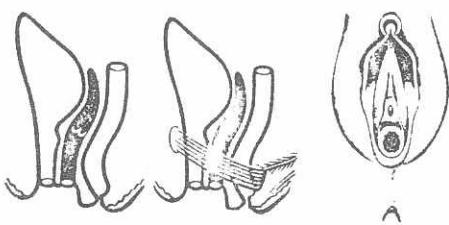
1.- En el Sitio Anal Normal

(i) Ano Cubierto-Completo (z-23)



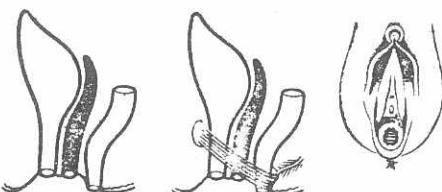
(ii) Estenosis Anal

Estenosis Anal Cubierta (z-24)



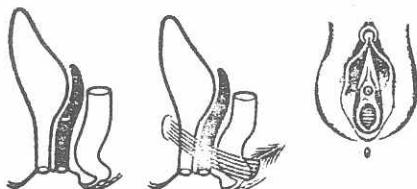
2.- En el Sitio Perineal

(i) Ano Perineal Anterior (z-25)



(ii) Fístula Ano-Cutánea

(Ano Cubierto-Incompleto) (z-26)

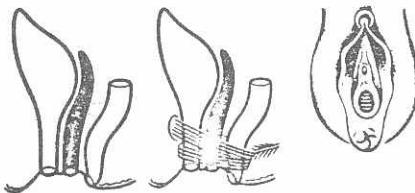


## FEMENINOS

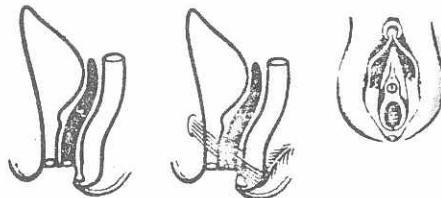
### Déformidades Bajas (continuación)

3.- En el Sitio Vulvar

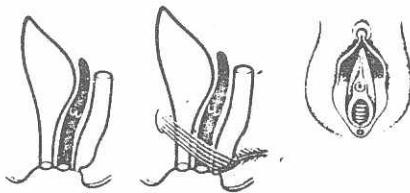
(i) Ano Vulvar (z-27)



(ii) Fístula Ano-Vulvar (z-28)



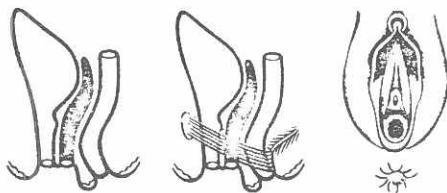
(iii) Fístula Ano-Vestibular (z-29)



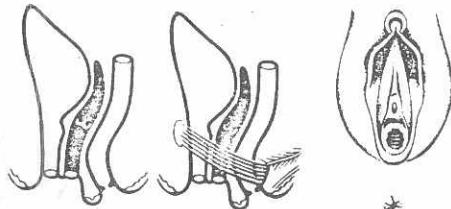
## FEMENINOS

### Deformidades Diversas

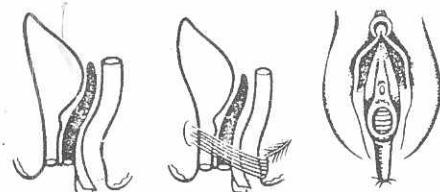
(i) Membrana Anal Imperforada (z-30)



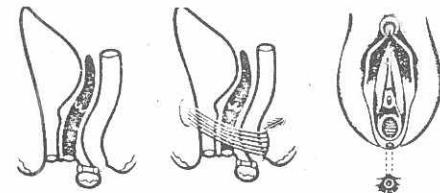
(ii) Estenosis de Membrana Anal (z-31)



(iii) Muesca Perineal (z-32)



(iv) Canal Perineal (z-33)



(v) Fisura Vesico-Intestinal

(vi) Duplicaciones del Ano, Recto y Tracto Genitourinario

(vii) Combinaciones de deformidades

} No ilustrado

## IX BIBLIOGRAFIA

1. Févre, Marcel: Chirurgie Infantile D'Urgence. Pag. 511. Masson & Cie. Paris 1958.
2. Rickham P.P. and Johnston. J.H.: Neonatal Surgery. Anorectal Anomalies, Chapter 32. Appleton - Century-Crofts. 1969.
3. Lizarralde, E. y Durán, R.: Anoplastía Posterior en "Y - V". Trabajo presentado en el Congreso Nac. de Pediatría. 1973. No publicado.
4. Freeman, N.V.: Recent Advances en the Management of Anorectal Abnormalities. Progress in Pediatric Surgery Vol. 2 Pag. 86. Edited by P.P. Rickham, W. Ch. Hecker, J. Prévot. University Park Press. Baltimore 1971.
5. Rowe Marc. Comunicación personal con Dr. Lizarralde 1972.
6. Dr. Eduardo Lizarralde. Comunicación personal 13 Feb. 1975.
7. Stephens, Douglas and Durham Smith. Ano Rectal Malformations in Children. Year Book Medical Publishers, Inc. Chapter 10, Appendix C. Chicago 1971.

BR. CARLOS SALOMON DAVID ALCAHE

Dr. RODOLFO DURAN  
Asesor

DR. EDUARDO LIZARRALDE A.  
Revisor

DR. JULIO DE LEON MENDEZ  
Director de la Fase III

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS  
Secretario General

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.  
Decano