

Resolución quirúrgica de una atresia anal asociada a fístula rectovaginal en un cachorro

Guaimás Moya, L.E.; Aguilar, N.; Koscinczuk, P.

Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Veterinarias, UNNE, Sargento Cabral 2139, Corrientes (3400), Argentina. Tel/Fax 03783-425753, E-mail: luzel@bol.com.br

Resumen

Guaimás Moya, L.E.; Aguilar, N.; Koscinczuk, P.: Resolución quirúrgica de una atresia anal asociada a fístula rectovaginal en un cachorro. *Rev. vet. 19: 1, 46–49, 2008.* Se relata la resolución quirúrgica de una atresia anal asociada a fístula rectovaginal en un cachorro Boxer hembra de 2 meses de edad. Tal anomalía es poco frecuente porque los cachorros recién nacidos se descompensan con rapidez y mueren por complicaciones. La técnica quirúrgica, realizada en dos tiempos, se programó para corregir la malformación mediante el cierre de la fístula y el restablecimiento de la luz rectal. En la segunda intervención, realizada 14 días después, debió efectuarse una colotomía para eliminar un fecaloma causante de megacolon secundario. Cuatro meses después el paciente se encontraba en óptimas condiciones de salud.

Palabras clave: canino, atresia anal, fístula rectovaginal, cirugía.

Abstract

Guaimás Moya, L.E.; Aguilar, N.; Koscinczuk, P.: Surgical resolution of anal atresia associated to rectovaginal fistula in a puppy. *Rev. vet. 19: 1, 46–49, 2008.* The surgical resolution of an anal atresia associated to rectovaginal fistula in a 2 months old Boxer female puppy, is described. Such anomaly is not common, as new born puppy health rapidly deteriorates, and death occurs due to complications. The surgical technique, carried out in two times, was programmed to correct the malformation by means of the closure of the fistula and rectal lumen reestablishment. In the second operation, carried out 14 days later, a colotomy was performed to eliminate a fecaloma, which was causing a secondary megacolon. Four months later the patient was under good health conditions.

Key words: dog, anal atresia, rectovaginal fistula, surgery.

CASO CLÍNICO

Un canino hembra de raza Boxer, de 2 meses de edad y 3 kg de peso acudió a consulta porque defecaba y orinaba por la vulva desde el nacimiento, presentando además vómitos repetidos, tenesmo, anorexia, pérdida de peso y deshidratación con deterioro del estado general. La inspección reveló que no existía abertura anal y que había restos de materia fecal en la vulva (Figura 1).

Se diagnosticó atresia anal tipo I asociada a fístula rectovaginal, acorde a la clasificación convencional establecida^{2,4}, decidiéndose intentar la resolución quirúrgica de la anomalía. Debido a los pocos meses de vida del cachorro, su reducido tamaño y precario estado clínico, fue indispensable estabilizarlo previamente mediante fluidoterapia.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizó anestesia inhalatoria en combinación con inyección epidural de clorhidrato de lidocaína en el espacio lumbosacro. El animal fue posicionado en Trendelenburg y la cirugía se inició con una episiotomía, continuando con una incisión hacia dorsal sobre el rafe medio hasta llegar a la posición que tendría que tener originalmente la abertura anal. Esta incisión se profundizó hasta alcanzar e identificar la fístula, detectándose la ausencia de la última porción del recto (Figura 2).

La fístula se extendía desde el extremo ciego del recto hasta la porción dorsal de la vagina. Se procedió a seccionar el extremo ventral de la fístula para suturar la mucosa dorsal de la vagina y restituirla. También se suturó el espacio existente entre la vagina y el recto para eliminar el espacio muerto. Para ambas suturas fue utilizado un patrón a puntos simples separados, con polipropileno monofilamento 4-0.

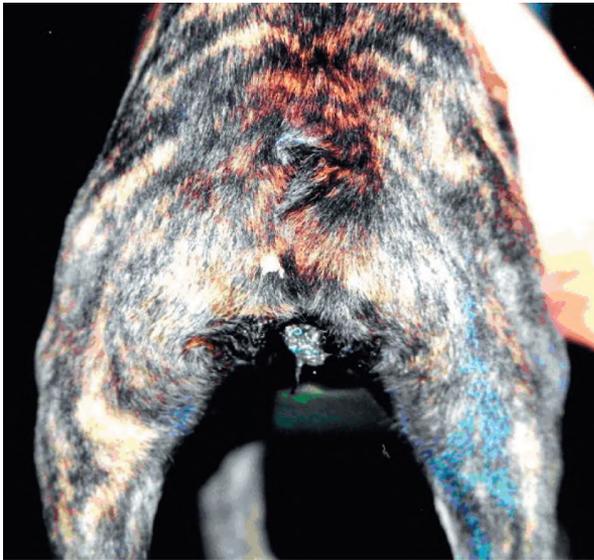


Figura 1. Aspecto de la región perineal del paciente. Nótase la falta de abertura anal, presencia de materia fecal líquida en la vulva y ausencia de cauda.

El extremo ciego del recto fue diseccionado para desprenderlo de las estructuras adyacentes lo que permitió su exteriorización y desplazamiento hacia caudal. Para asegurar la nueva posición rectal, sus paredes (capa muscular) fueron suturadas a los tejidos circundantes con puntos simples separados. La mucosa rectal se suturó a la piel en la región que correspondería a la abertura anal normal con puntos simples separados con material de sutura monofilamento polipropileno 5-0. Finalmente fue restituida la episiotomía y el rafe medio, suturando con puntos simples separados y material de sutura de monofilamento polipropileno 4-0 (Figura 3).

Se indicó dieta blanda y líquida y se administraron antibióticos y antiinflamatorios. A los 14 días se realizó una nueva cirugía para corregir la recidiva de la fístula rectovaginal y eliminar el contenido colónico que impedía la defecación. La fístula fue reparada con la misma técnica utilizada en la primera intervención. Los puntos fueron colocados cuidadosamente evitando dejar espacio muerto. Una vez resuelta la fístula, se intentó retirar el fecaloma localizado en colon y recto por la abertura rectal realizada en la primer cirugía, pero las dificultades presentadas indujeron a efectuar una laparotomía mediana post-umbilical y pre-púbica.

En el momento de la inspección se detectó el aumento del diámetro del colon en su porción terminal, palpándose abundante cantidad de contenido, por lo cual se practicó una colotomía en el borde antemesentérico para retirarlo. La incisión fue suturada con puntos simples continuos perforantes y, para disminuir el diámetro del colon en un 50% aproximadamente, se realizó sobre esta sutura un pliegue invertido de la pared del órgano con puntos tipo Lembert. De esta manera los bordes de la herida quedaron hacia la luz intestinal. Luego se reparó la pared abdominal con puntos en "x", el tejido subcutáneo fue suturado con puntos simples continuos y la piel con puntos en "x". Para estas suturas fue utilizado nylon N° 22. La medicación post-operato-



Figura 2. Aspecto de la región perianal después de realizar la episiotomía e identificar la fístula rectovaginal (A). Se observa la ausencia de la última porción de recto.



Figura 3. Se muestra la sutura de la piel realizada para la reconstrucción de la episiotomía y del rafe medio. Nótase la salida de materia fecal líquida por la nueva abertura, confirmando la permeabilidad de la misma.

ria fue similar a la utilizada en la intervención anterior, indicándose nuevamente dieta blanda y líquida.

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

En el primer día post-operatorio luego de la primera intervención se observó la dehiscencia de dos puntos de la sutura mucocutánea en la porción dorsal del nuevo orificio anal. Esta complicación fue observada con frecuencia por otros cirujanos durante los primeros tres días ulteriores a la cirugía⁹. La incontinencia fue disminuyendo paulatinamente a medida que la materia fecal se tornaba más consistente y pastosa, hecho que permitió al animal comenzar a controlar la defecación en forma voluntaria.

La permeabilidad de la nueva abertura anal se evaluó mediante la introducción de un termómetro en el momento de la medición de la temperatura corporal y también por la presencia de materia fecal líquida eliminándose por la nueva abertura (Figura 4). Esta permeabilidad se mantuvo durante los primeros 14 días siguientes a la cirugía, momento en que los propietarios relataron que el paciente presentaba dificultad y dolor al intentar defecar. Al examen clínico se observó la presencia de un cuerpo extraño localizado en la última porción del recto, que impedía la introducción del termómetro.

Por otra parte se observó distensión abdominal y a la palpación se percibió aumento de tamaño del colon, con contenido de consistencia pastosa. Los datos sugirieron la presencia de un megacolon secundario debido al estreñimiento ocurrido durante un período prolongado de tiempo, complicación ampliamente asociada a la atresia anal^{1, 3-7, 9}. El megacolon fue confirmado en la inspección durante la segunda intervención quirúrgica. En la colotomía fue identificado material pastoso mezclado con piedras y arena.

El tratamiento indicado para este tipo de patologías es el quirúrgico. Los resultados varían con la edad del paciente, el tamaño de la fístula y el tipo de atresia anal presente. En nuestro caso la resolución quirúrgica resultó favorable, a pesar de la edad del paciente y del tipo de atresia anal diagnosticada. La presencia del megacolon como factor complicante se resolvió utilizando el procedimiento quirúrgico anteriormente descrito, el cual resultó satisfactorio ya que el paciente no presentó recidiva, continuando su desarrollo corporal acorde a la edad, no siendo necesaria la colectomía subtotal según lo recomendado^{4, 8, 9}. Cuatro meses después de la segunda intervención quirúrgica el paciente se encontraba en óptimas condiciones de salud.

COMENTARIOS

La atresia anal es un proceso congénito que suele asociarse con ano imperforado y fístula rectovaginal, constituyendo anomalías poco frecuentes en la clínica diaria ya que estos pacientes generalmente son sacrificados por su madre o mueren por las complicaciones al poco tiempo de nacidos⁷⁻⁹. En ocasiones, la materia fecal blanda puede ser expulsada por aberturas fistulosas hacia la vagina y los animales pueden sobrevivir el tiempo suficiente como para realizar una reparación quirúrgica.

La gravedad de los signos clínicos varía según el tamaño de la fístula y la dieta del paciente; con dietas líquidas la materia fecal es blanda y puede atravesar el trayecto fistuloso evacuándose por vagina. El cambio a dieta sólida genera excesiva acumulación de heces en el colon y como complicación puede presentarse un megacolon secundario. En los caninos puede estar provocado por obstipación crónica secundaria a una lesión subyacente, donde la materia fecal no puede ser evacua-



Figura 4. Aspecto de la región perianal a los 8 días de post-operatorio, demostrando la permeabilidad del orificio anal.

da durante períodos prolongados. Este defecto se asocia especialmente con los casos de atresia anal^{1, 3, 7, 9}.

El estreñimiento es el signo clínico predominante en los animales con megacolon, donde son comunes el tenesmo y los intentos defecatorios frecuentes, que llevan al animal a un estado de deshidratación, debilidad, vómitos y pérdida de peso. En estos casos se debe identificar la causa primaria y después de corregirla se realiza la completa remoción fecal, instaurándose un manejo médico que en muchos casos no es eficiente debido a que los cambios funcionales en el colon dilatado suelen ser irreversibles, debiendo considerarse la realización de una colectomía subtotal⁴.

Por lo general, el tamaño y la edad del animal con anomalías congénitas rectovaginales influyen en la posibilidad de una corrección quirúrgica satisfactoria^{8, 9}. El pronóstico para la normalización de la función anorrectal varía de reservado a grave, porque los animales con imperforación anal tienen un esfínter incompleto o ausente y la condición del recién nacido se deteriora con rapidez. Las complicaciones frecuentes del post-operatorio están relacionadas con incontinencia fecal, dehiscencia de la herida y estreñimiento^{8, 9}.

En conclusión, si bien las fístulas rectovaginales asociadas a la atresia anal no son presentaciones frecuentes en la clínica diaria, el tratamiento quirúrgico adecuado es la única posibilidad de sobrevida para estos pacientes y deben considerarse no solo la resolución del trayecto fistuloso y de la atresia anal sino también las complicaciones como el megacolon y la dehiscencia de las suturas.

REFERENCIAS

1. **Aronsohn M.** 1997. Large Intestine. In: *Textbook of small animal surgery* (Slatter DH, ed.), 2nd ed., Saunders, Philadelphia, p. 613-627.
2. **Birchard SJ, Sherding RG.** 1996. Enfermedades anorrectales. En: *Manual clínico de pequeñas especies* (Birchard SJ, Sherding RG, ed.), Interamericana, México, p. 929-935.

3. **Denovo RC.** 1997. Estreñimiento, tenesmo, disquecia e incontinencia fecal. En: *Tratado de medicina interna veterinaria. Enfermedades del perro y el gato* (Ettinger SJ, Feldman EC, ed.), Inter-Médica, Buenos Aires, p. 1695-1709.
4. **Leib MS, Mats ME.** 1997. Enfermedades del intestino grueso. En: *Tratado de Medicina interna veterinaria. Enfermedades del perro y gato* (Ettinger SJ, Feldman EC, ed.), Inter-Médica, Buenos Aires, p. 1490-1524.
5. **Matthiesen DT, Manfra Marretta S.** 1993. Disease of the anus and rectum. In: *Textbook of small animal surgery* (Slatter DH, ed.), Saunders, Philadelphia, p. 627-645.
6. **Moreira de Souza HJ.** 2000. Fistula rectovaginal asociada a atresia anal em gata: relato de caso. *Clín Veterinár* 29: 26-29.
7. **Niebauer GW.** 1996. Enfermedad rectoanal. En: *Fisiopatología y clínica quirúrgica en pequeños animales* (Bojrab MJ, ed.), 2° ed., Inter-Médica, Buenos Aires, p. 286-298.
8. **Washabau RJ, Brockman DJ.** 1997. Enfermedades recto-anales. En: *Tratado de medicina interna veterinaria. Enfermedades del perro y el gato* (Ettinger SJ, Feldman EC, ed.), Inter-Médica, Buenos Aires, p. 1695-1709.
9. **Wykes PM, Olson PN.** 1993. Vagine, vestibulo and vulva. In: *Textbook of small animal surgery* (Slatter DH, ed.), 2nd ed., Saunders, Philadelphia, p. 1308-1316.

Revista Veterinaria obtuvo el máximo nivel de categorización del CAICYT-CONICET

Tras el pertinente proceso de evaluación según criterios de calidad editorial, en setiembre de 2005 CAICYT-CONICET ha clasificado a nuestra publicación con Categoría 1 (nivel superior de excelencia), con lo cual pasa a integrar el Catálogo Latindex (folio 14022). La Dirección de Revista veterinaria agradece a quienes colaboraron para obtener tan importante distinción. Ver: <http://www.latindex.unam.mx/busquedas/catalogotitulo.html>