

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Apéndice cutáneo perineal y malformación anorrectal

Perineal cutaneous appendix and anorectal malformation



Julio César Moreno-Alfonso*, Ada Molina Caballero y Alberto Pérez Martínez

Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

Disponible en Internet el 5 de diciembre de 2022

Un varón de 3 meses colostomizado a las 12 horas de vida en otro hospital por una malformación anorrectal (MAR) se presenta con un apéndice cutáneo digitiforme en periné de 3 mm de longitud \times 1 mm de diámetro. En ocasiones, tras las irrigaciones de la fístula mucosa, aparecían restos de moco en el pañal. La ecografía perineal confirmó que el

recto estaba a 3 mm de la piel perineal, sin fístulas en el colostograma (fig. 1).

Se irrigó el estoma distal a presión y apareció una gota de líquido desde el apéndice cutáneo, a través de un poro submilimétrico debajo de este (fig. 1B, C). La electroestimulación demostró que este orificio estaba en el centro

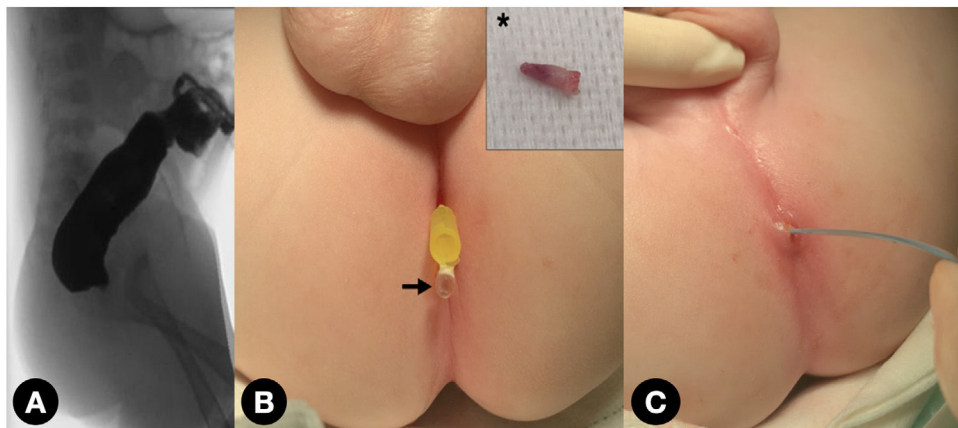


Figura 1 Colostograma que muestra el bolsón rectal sin fístula, probablemente debido a una presión insuficiente durante su realización (A). Colgajo de piel digitiforme reseca (*) y aparición de una gota de líquido bajo su ubicación original tras la irrigación del estoma distal (flecha) (B). El poro fue intubado mediante un balón de dilatación (C).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliomoreno.md@gmail.com (J.C. Moreno-Alfonso).

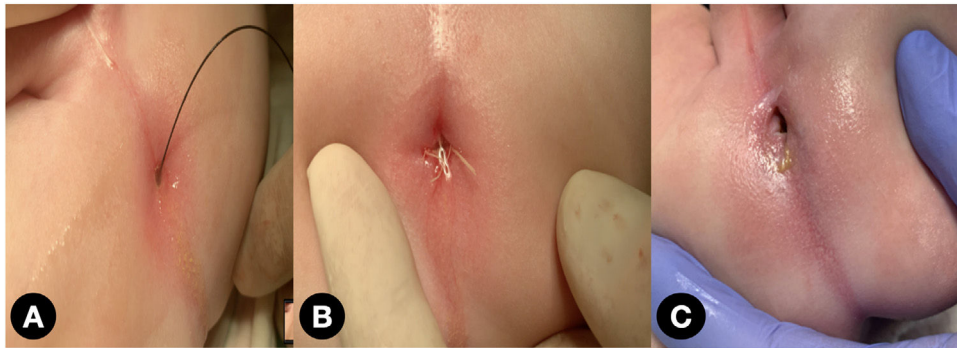


Figura 2 Neoano tras la primera dilatación con balón de 6 mm (A) y suturas cardinales en la unión mucocutánea (B). Aspecto tras 5 meses de dilataciones (C).

del complejo esfinteriano. Por lo tanto, el tratamiento se limitó a la dilatación y a cuatro suturas cardinales con dilataciones anales progresivas, inicialmente con dilatadores de Hegar de 8 mm, que se aumentaron semanalmente hasta alcanzar un calibre anal de 14 mm, antes de cerrar la colostomía a los siete meses (fig. 2A-C. Vídeo 1). A los 20 meses de edad, el paciente tiene control de esfínteres y no presenta dificultades para defecar.

Las MAR pueden presentar estigmas cutáneos de relevancia diagnóstico-terapéutica¹. La exploración física exhaustiva es fundamental para indicar el tratamiento más adecuado², ya que en algunos casos se puede realizar una reparación primaria, sin colostomía ni anorrectoplastia, en el periodo neonatal³. Por ello, es primordial no precipitar la realización de una colostomía, esperando al menos 24-48 horas postnatales para evitar la iatrogenia.

Financiación

Ninguna.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.09.021>.

Bibliografía

1. Wang C, Li L, Cheng W. Anorectal malformation: the etiological factors. *Pediatr Surg Int.* 2015;31:795–804, <http://dx.doi.org/10.1007/s00383-015-3685-0>.
2. Rollins MD, Russell K, Schall K, Zobell S, Castillo RF, Eldridge L, et al. Complete VACTERL evaluation is needed in newborns with rectoperineal fistula. *J Pediatr Surg.* 2014;49:95–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.09.039>.
3. Halleran DR, Vilanova A, Rentea RM, Ahmad H, Weaver L, Reck C, et al. Assessment of the Heineke-Mikulicz anoplasty for skin level postoperative anal strictures and congenital anal stenosis. *J Pediatr Surg.* 2019;54:118–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.10.006>.