

Cirugía pediátrica II

1) Malformaciones anorrectales (MAR)

Fisiopatología

- Problema de embriogénesis: no se forma el recto adecuadamente ni el septo que separa recto de estructuras anteriores → el recto queda unido a lo anterior.
- Varón: lo anterior es uretra → lo típico es fístula recto-uretral.
- Niña: entre recto y uretra está la vagina → no suele haber fístula a uretra; lo común es fístula al vestíbulo vaginal (por delante del himen).

Frecuencia y asociaciones

- MAR sin fístula: rara (<5%).
- Hasta 50% con malformaciones asociadas, sobre todo urológicas; también buscar cardíacas y renales.
- A mayor complejidad/altura de la MAR, mayor probabilidad de malformaciones asociadas genitourinarias.

3 claves diagnósticas

1. Sexo (orienta hacia dónde va la fístula).
2. Presencia de fístula (define urgencia y estrategia).
3. Altura del fondo rectal (define tipo de cirugía).

Presentaciones clínicas

- Ano anterior/perineal (ano desplazado hacia delante): parece “casi normal”, pero causa estreñimiento severo y se debe reubicar al centro del complejo muscular.
- Niñas: lo más común es fístula vestibular; lo más complejo es cloaca (uretra + vagina + recto en un solo canal).
- Varones: lo más común es fístula a uretra.

Diagnóstico práctico

- La inspección minuciosa del periné permite diagnosticar 80–90%.
- Si hay duda (10–20%): invertograma (hoy se hace con el bebé en posición adecuada y rayo horizontal; no se “cuelga” al bebé).
- Hacerlo ≥ 12 h después de nacer para que el aire llegue al recto y medir la distancia para plan quirúrgico.

Manejo inicial del recién nacido

- Nada por boca, sonda nasogástrica (descompresión), vía IV y preparar traslado si aplica.
- Si hay salida por fístula baja (p. ej. vestibular), se puede dilatar para permitir evacuación y planear corrección en un solo tiempo en algunos casos.
- Si es alta / recto-uretral / sin salida: colostomía idealmente dentro de 2–3 días (no inmediata en horas, pero sin retrasos).

Cirugía y seguimiento

- Objetivo: colocar el recto en el centro del complejo muscular del elevador del ano (usan estimulador intraoperatorio).
- Esquema típico en varios tiempos:
 1. Colostomía neonatal →
 2. Descenso/reparación a los 2-3 meses →
 3. Cierre de colostomía antes del año (p. ej. ~8 meses).
- Cloaca: reparación más compleja; suele diferirse hasta que el niño crezca.
- Seguimiento hasta adolescencia: riesgo de estreñimiento o incontinencia por alteración neuromuscular/sensitiva; manejo con laxantes, enemas, entrenamiento intestinal y biofeedback/estimulación sacra.

Perla de la sección

- Fístulas recto-vesicales son muy raras; casi siempre son recto-uretrales.

2) Inicio de Hipertrofia de píloro

Concepto

- El término “estenosis hipertrófica congénita” es inexacto: no es estenosis verdadera, es hipertrofia/hiperplasia muscular, y no es congénita (se desarrolla después).

Clínica típica

- Inicio alrededor de 3-6 semanas (\approx 1 mes).
- Vómitos no biliosos, en proyectil, con aspecto de “leche cortada/ácida”.
- Evolución: irritabilidad → deshidratación, desnutrición, letargia, constipación.

Diagnóstico

- Gold standard: ultrasonido (mediciones del píloro).
- Diferenciales: reflujo, intolerancias, mala técnica/alimentación excesiva; otros (páncreas anular parcial, membrana duodenal, malrotación/bandas).

Tratamiento

- Primero corregir desequilibrio hidroelectrolítico (puede tomar 1-4 días).
- Cirugía: piloromiotomía de Fredet-Ramstedt (cortar fibras musculares sin abrir mucosa), por incisión clásica, umbilical o laparoscópica.

