

COMENTARIO AL TRABAJO "MALFORMACIONES  
ANO-RECTALES. MANEJO Y TRATAMIENTO"

DR. ANTONIO PRADO VÉRTIZ

EL SR. DR. FRANCISCO Beltrán Brown, como trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, nos presenta el problema pediátrico de las malformaciones ano-rectales. Al examen superficial parecería un trabajo sencillo y sin importancia, pero en su modestia encierra 21 años de experiencia y una dedicación constante a la cirugía pediátrica —relativamente nueva entre nosotros— y en la que Beltrán Brown es uno de sus maestros.

La presentación de estas anomalías de formación ano-rectales es frecuente. Las cifras norteamericanas dan un caso por 1,500 a 4,000 nacimientos. A ello diremos que para México esta cifra es teórica, puesto que entre nosotros, el abandono obstétrico, que llega a más de 1.000,000 de partos por año sin atención médica alguna, nos hace pensar que, junto con la certificación médica defectuosa y sin autopsia, estas cifras son sin duda más elevadas. Debemos de recordar que en la mortalidad infantil, las malformaciones congénitas consideradas como un todo, alcanzan una cifra de 1.8 por mil nacidos vivos, cifra más alta que las debidas a la tos ferina, sarampión, meningoencefalitis y otras enfermedades infecciosas. Sin embargo, aún cuando las gastro-enterocolitis y las neumopatías, constituyen dentro de nuestra patología, las más altas cifras de causas de muerte infantil y por lo tanto la preocupación actual de nuestro mundo pediátrico, tenemos la certeza de que cuando hayamos dominado la insalubridad del medio, resuelto el problema de la vivienda, dominada la llamada enfermedad del parto y que todas las madres reciban la atención obstétrica que merecen, el problema de las anomalías congénitas cuya corrección quirúrgica puede salvar una vida y entre ellas las ano-rectales, tendrán una capital y definitiva importancia en la pediatría mexicana.

El Dr. Beltrán en su trabajo, prudentemente y ante la obscuridad en la etiología de las anomalías congénitas, no nos habla de ella. Sólo suponemos en el terreno de las hipótesis que las genopatías y embriopatías pueden ser producidas

por factores intrínsecos y extrínsecos: la desnutrición, las intoxicaciones endógenas y exógenas de la madre, las agresiones virales que traspasan la barrera placentaria, las descargas endócrinas fisiopatológicas o iatrogénicas, etc. que son cautas, aún motivo de estudio y del que saldrá sin duda alguna una nueva medicina preventiva del futuro.

Sin embargo el esbozo embriológico que nos hace el Dr. Beltrán, nos permite llegar a una clasificación sencilla de las malformaciones ano-rectales: en 2 capítulos, uno, serán las rectales propiamente dichas que corresponden a las atresias rectales de los norteamericanos y un segundo que corresponde a las malformaciones anales. Esta clasificación además de su raíz embriológica, es al mismo tiempo clínica y orienta hacia el correcto tratamiento. Señalaremos además, que en las primeras los músculos elevadores del ano se encuentran habitualmente poco desarrollados o ausentes y por lo contrario normales en las segundas, dato que consideramos importante en el pronóstico y rehabilitación de la función específica.

En los aspectos clínicos, debemos insistir en la premura y urgencia del diagnóstico: la sencillez de la correcta inspección perineal lo facilita, pero es frecuentemente olvidada en las salas de parto y es sorprendente ver la frecuencia, con que esta condición es diagnosticada hasta que los síntomas de obstrucción intestinal baja están presentes. Las fístulas que dejan pasar pequeñas cantidades de meconio, que es lo único que el obstetra percibe, es quizá una de las causas que hacen olvidar esta inspección y así el Dr. Beltrán nos habla en su casuística, de 36 niños en que el diagnóstico fue diferido por más de 72 horas. Las variedades de membrana anal, ano cubierto por piel y ano microscópico, son fácilmente descubiertas por esta inspección, sobre todo en el varón, no así en la niña, en que siendo frecuente el ano ectópico debe hacerse una exploración intensa y completa de vulva sobre todo en horquilla y vestíbulo.

La maniobra de tomar como rutina la temperatura rectal a todo recién nacido —que propone el Dr. Beltrán— nos parece de suma importancia y debe extenderse a todas las maternidades, ya que esta maniobra supone el que, aunque sea de una manera somera, se ha hecho una inspección de la región perineal.

La ausencia de ano o su equivalente fistuloso, impone la exploración radiológica según la técnica que nos indica el autor del trabajo. A sus datos agregaremos algunos hechos prácticos: la suspensión por los pies debe durar cuando menos tres minutos antes de impresionar la placa y la situación de que a veces un meconio espeso y adherente puede falsear la supuesta altura de periné hacia la bolsa rectal y también la necesidad de prestar atención a las deformidades o ausencia de las vértebras sacras, dato radiológico importante, dada la frecuencia con que las anomalías vertebrales o sacrales se asocian a la ausencia o insuficiente desarrollo de los músculos elevadores del ano lo que ensombrece el pronóstico, en lo que a función se refiere.

Es inconcuso indicar la necesidad de que la exploración del recién nacido debe ser completa. Dado que es raro encontrar una anomalía aislada. El reporte del Dr. Montiel, de nuestro Hospital Infantil, nos dice la frecuencia con que las anomalías ano-rectales se asocian con las génito-urinarias y quizá por ello Bishop aconseja la práctica de una exploración completa de las vías urinarias y la pielografía en todo niño con anomalía ano-rectal. Las atresias y las anomalías cardio-vasculares le siguen en frecuencia de asociación y deben ser cuidadosamente investigadas en el momento del nacimiento, ya que su diagnóstico impone un plan terapéutico múltiple para el pediatra-cirujano que debe responder como un todo del niño confiado a su cuidado.

Las técnicas operatorias que nos presenta el Dr. Beltrán, parecen fáciles pero son el fruto, y me consta por los años que he vivido con él en la práctica hospitalaria, de sinsabores y fracasos; y son la expresión de su experiencia. Debemos recalcar su mensaje cuando nos habla de evitar las disecciones agresivas, de la ausencia de dilataciones, y procurar no hacer lesiones definitivas de esfínteres, y debemos considerar estas notas como una llamada de atención, para que la cirugía del niño, sobre todo la del recién nacido, sea cauta, bondadosa y suave en extremo. Otra indicación importante, es la de indicar que en la prematurez y en las malas condiciones del niño, derivadas de un diagnóstico diferido, es preferible la práctica de la colostomía previa, que a diferencia de la cirugía del adulto, debe hacerse sobre colon izquierdo y no sobre sigmoides.

El Dr. Beltrán, por considerarlo muy sabido, no nos habla sobre los cuidados pre, en y post operatorios, que son la base de una buena cirugía pediátrica. Pero creo, debemos hacer una vez más, hincapié en ello indicando que el control de líquidos o de sangre, la correcta técnica tanto en el procedimiento como en instrumental y suturas, la anestesia endotraqueal, la vigilancia post-operatoria durante cuando menos 24 horas, en plan de terapia intensiva y continua, son los principales factores de éxito. Es de justicia señalar que el Dr. Beltrán ha sido en nuestro Hospital el motor principal de estas técnicas, constituyendo ya una rutina propia y rigurosa, que debe extenderse a toda la República para beneficio de toda la niñez mexicana.

El pronóstico de la cirugía ano-rectal en el niño, en cuanto a la función se refiere, debe ser reservado y cauto. Las incontinencias y estenosis, son complicaciones frecuentes y junto con el tratamiento post-operatorio, largo, doloroso y molesto con el uso de dilatadores o la presencia de incontinencias, hacen tormentoso el post-operatorio y la rehabilitación, ocasionando un trauma físico y mental al niño enfermo y a sus familiares. No conocemos estudios socio-sicológicos sobre la influencia de estas intervenciones en el desarrollo mental del niño, que seguramente deben existir, dada la alteración de la fase anal de este desarrollo, que supone la intervención quirúrgica. Es frecuente observar en la familia del niño operado (reciente y antiguo) de la región ano-perineal un síndrome de angustia,

relacionada con la habitual neurosis del pañal, en un medio como el nuestro, donde la enterocolitis es por demás frecuente.

El Dr. Francisco Beltrán Brown pertenece a la nueva generación de pediatras-cirujanos, de los que es un magnífico exponente. Su preparación primero en pediatría general, como interno, sub-residente y residente de nuestro Hospital Infantil, que indudablemente es la cuna y motor de la moderna pediatría mexicana, aumenta el valor de su personalidad dentro de nuestra sección en la Academia. Creo que su admisión como pediatra es un hecho venturoso para la centenaria Institución y me congratulo en darle la más afectuosa acogida y en augurar para él una serie de éxitos académicos.

\*

\* \*

Sr. Dr. Beltrán Brown: ¡Sea usted bienvenido a la Academia Nacional de Medicina!