



CASO CLÍNICO I

Texto

Interno Ignacio Pérez Coyopae
Dra: Patricia Alvarez

Antecedentes del RN

	Fecha de nacimiento:	16/09/2026
	Sexo:	Femenino
	Edad gestacional:	37 semanas
	Hora de nacimiento:	14:30 h
	Peso de nacimiento:	2.210 g
	Talla:	44 cm
	APGAR:	8-9
	Clasificación:	RNT 37 sem, PEG severo (<p3)



ANTECEDENTES PERINATALES

Embarazo de 37 semanas



Maternos y
embarazo

- Madre 31 años, primigesta
- Antecedentes: fibromialgia y migraña crónica



Complicaciones
del embarazo

- RCIU severo s/ alteracion al doppler
- CIV perimembranosa prenatal
- Arteria umbilical única
- Inserción velamentosa del cordón



Conducta
obstétrica

- **Cesárea programada**
- Decisión por compromiso severo del crecimiento fetal



HOSPITALIZACIÓN



¿Por qué ingresó?

- **Ingreso a UTI Neonatal** a las 2 horas de vida.
- **Pesquisa** de ano imperforado.
- Posteriormente caracterizado como malformación anorrectal con fístula vestibular.
- **Al ingreso:** clínicamente estable, eupneica, sin apremio respiratorio, llanto vigoroso, HGT 60 mg/dL.



Diagnósticos al ingreso

- 1 RNT 37 semanas, PEG severo.
- 2 Ano imperforado.
- 3 CIV prenatal.
- 4 Arteria umbilical única.



Indicaciones iniciales (16/09/2026)



Régimen cero.



Sonda gástrica abierta.



SG 10% 200 mL a 6,4 mL/h.



Matronería UTI.



HGT cada 8 horas.



Fentanilo 3 µg, dosis única, en 15 min.



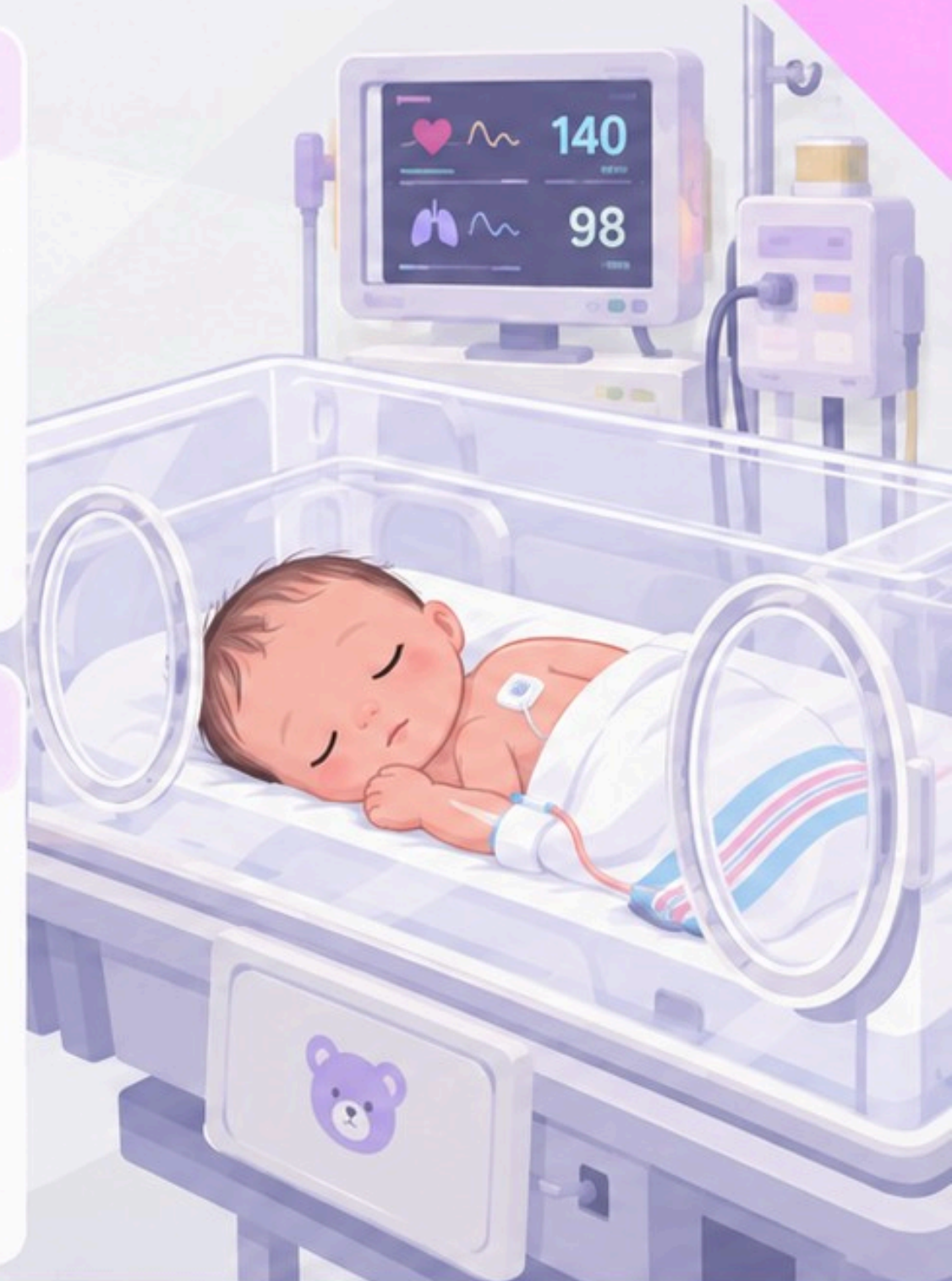
Exámenes: hemograma, PCR, gases arteriales, calcio, coagulación, grupo y Rh.



Ecografía cerebral y abdominal.



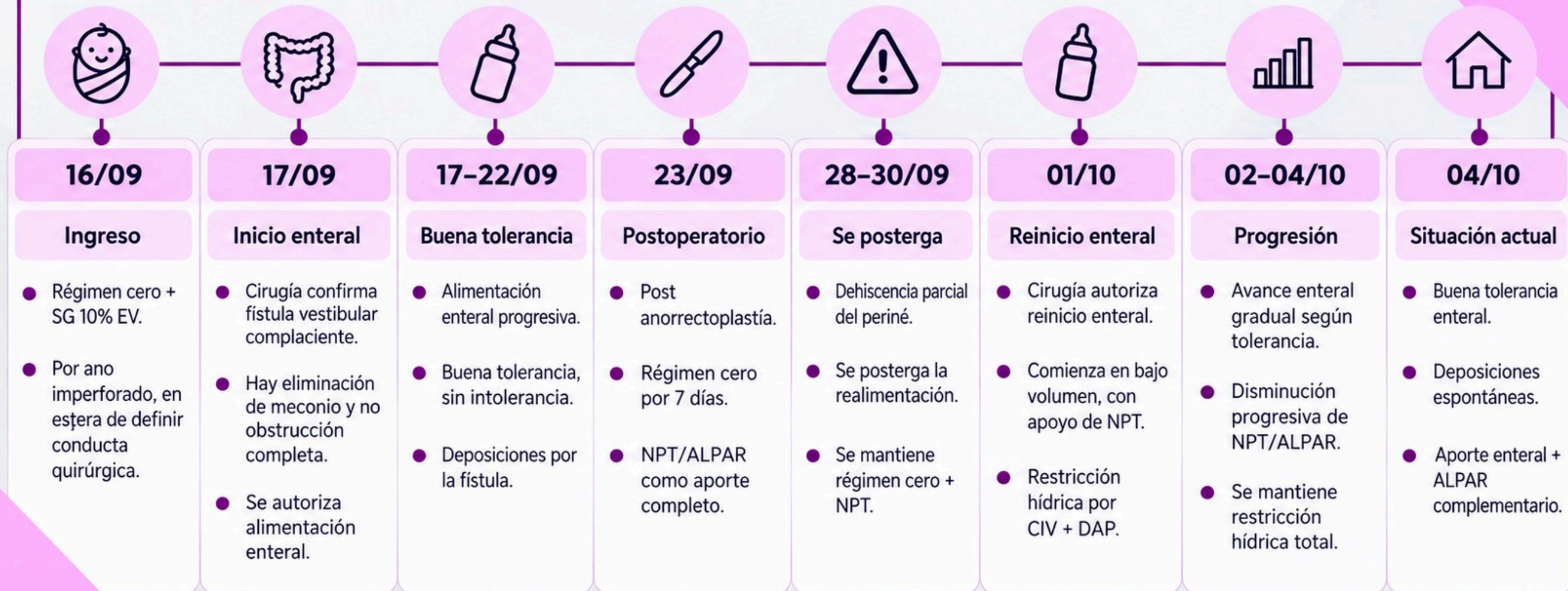
Interconsultas: Cirugía Pediátrica y Cardiología Pediátrica.



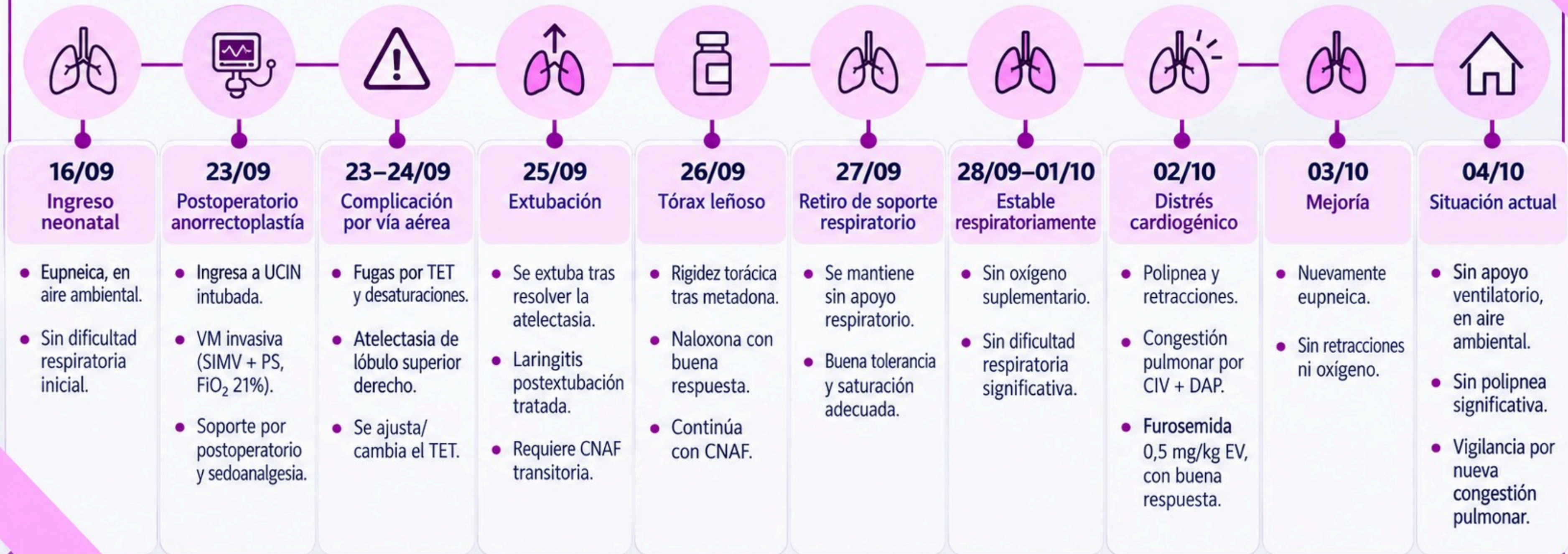
IMAGENES DE REFERENCIA



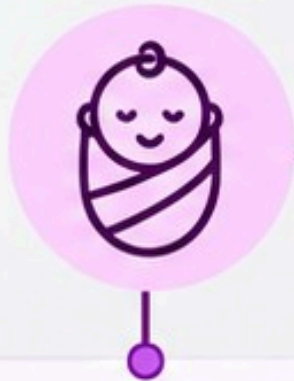
EVOLUCION NUTRICIONAL



EVOLUCIÓN RESPIRATORIA



EVOLUCIÓN QUIRÚRGICA



16/09

Nacimiento e ingreso

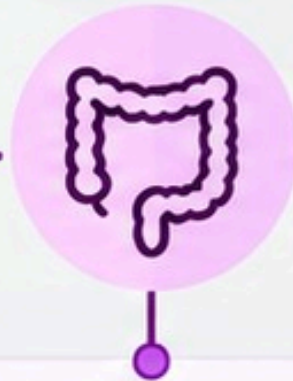
- Se pesquisa ano imperforado.
- Ingresa a UTI Neonatal.
- Meconio por vulva: sugiere fístula vestibular.



17/09

Evaluación por Cirugía Infantil

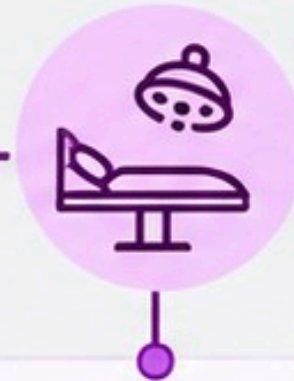
- Se confirma MAR con fístula vestibular.
- Ecografías abdominal, cerebral y lumbosacra normales.
- Se planifica ARPSP y dilataciones seriadas.



18–22/09

Manejo preoperatorio

- Dilataciones bien toleradas y salida de meconio.
- Se mantiene permeable la fístula.
- 22/09: régimen cero, Foley y preparación para pabellón.



23/09

Cirugía definitiva

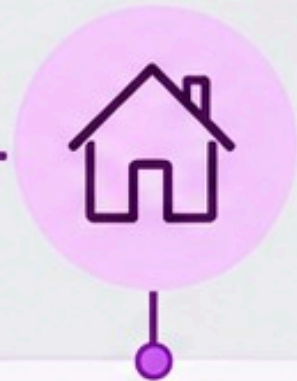
- ARPSP / anoplastia con sección de fístula vestibular.
- Procedimiento sin complicaciones.
- Ingresa a UCIN intubada y sedada.



24–30/09

Postoperatorio

- Cuidados locales y protección del neoano.
- Dehiscencia parcial perineal, sin extensión importante.
- Neoano amplio, rosado y con deposiciones.



01–03/10

Recuperación y alta

- Reinicio de alimentación enteral progresiva.
- 02/10: ano permeable, piel sana y sin dehiscencia.
- 03/10: alta por Cirugía Pediátrica; dilataciones 19–23/10/2026.

EVOLUCIÓN CARDIOLÓGICA



17/09

Ecocardiograma inicial

- CIV perimembranosa amplia; shunt peridiominio I→D.
- DAP pequeño permeable; función sistólica conservada.
- Asintomática; sin tratamiento médico.



23/09

Perioperatorio

- Cirugía anorrectal sin complicaciones cardiovasculares.
- Se mantiene seguimiento cardiológico.
- Ecocardiograma de control programado.



30/09

Control ecocardiográfico

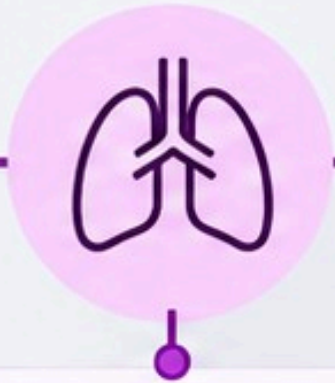
- Persiste CIV amplia + DAP con shunt I→D.
- Soplo holosistólico 3/6.
- Hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria.



01/10

Vigilancia

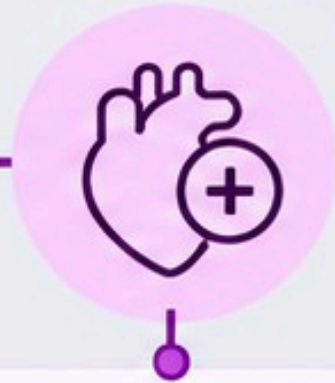
- Radiografía: cardiomegalia leve.
- Riesgo de hiperflujo e insuficiencia cardíaca.
- Se evalúa ibuprofeno para DAP.



02/10

Congestión pulmonar

- Polipnea y retracciones.
- Radiografía compatible con congestión pulmonar.
- Furosemida 0,5 mg/kg EV con buena respuesta.



03–04/10

Evolución actual

- Nuevamente eupneica y estable.
- Sin soporte ventilatorio; diuresis conservada.
- Vigilancia clínica, sin furosemida permanente.



MALFORMACIONES ANORRECTALES (MAR)

Malformaciones anorrectales (MAR)

1 Definición



- Espectro de **anomalías congénitas** del ano y recto distal.
- Existe **desarrollo anormal** del **canal anorrectal**.
- Puede asociarse a una **comunicación anormal (fístula)** con:



Periné.



Vía urinaria.

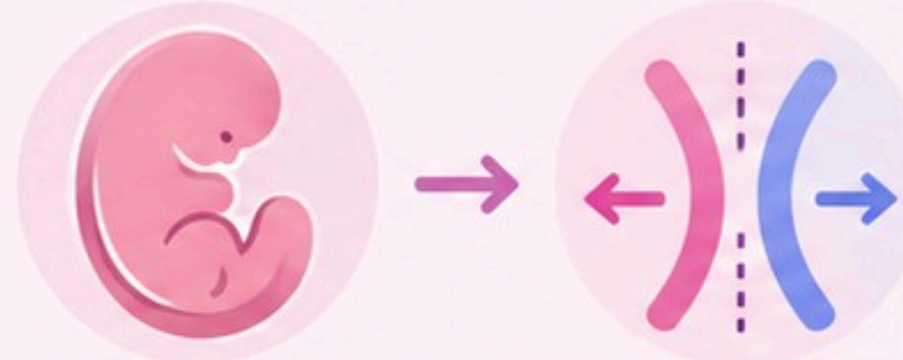


Aparato genital.

2 Etiopatogenia



- Alteración del **desarrollo embrionario anorrectal**.



- Relacionada con defectos en la separación entre el **recto** y el **seno urogenital**.

- Etiología **multifactorial**.



Factores genéticos, ambientales y del desarrollo.

- Habitualmente **no existe una causa única identificable**.

3 Epidemiología



Incidencia: 1 por cada **3.000 – 5.000** RN vivos.



Afecta a **ambos sexos** prácticamente por igual.



Debe pesquisarse en el **examen neonatal inicial**.



Suele diagnosticarse en las **primeras 24 – 48 horas** de vida.

Clasificación



A. En niñas

1

Fístula rectoperineal / rectocutánea

- El recto se comunica con la piel del periné, anterior al sitio anal normal.

2

Fístula rectovestibular **Más frecuente en niñas**

- El recto desemboca en el vestíbulo vulvar.
- Meconio por vestíbulo $\neq$ meconio por vagina.

3

Fístula rectovaginal

- El recto desemboca directamente en la vagina.
- Mucho menos frecuente que la rectovestibular.



B. En niños

1

Fístula rectoperineal / rectocutánea

2

Fístula rectouretral **Más frecuente en niños**

- **Bulbar** (más frecuente): desemboca en la uretra bulbar.
- **Prostática**: desemboca en la uretra prostática.

3

Fístula rectovesical / recto-cuello vesical

- El recto se comunica con el cuello vesical, no con la uretra.



C. Cloaca persistente

- Exclusiva de niñas.
- Recto + vagina + vía urinaria convergen en un canal común.
- Se manifiesta como un único orificio perineal.

Factores de riesgo



Diabetes mellitus
pregestacional
o gestacional



Obesidad
materna



Tabaquismo
paterno

Etiología

Patología de causa **multifactorial**,
sin una causa identificable.



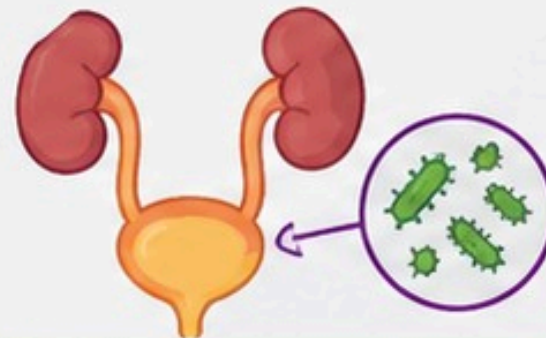
Complicaciones



Constipación



Incontinencia
fecal



Infecciones urinarias
recurrentes y
disfunción vesical

Otros



Estenosis
anal



Prolapso
rectal



Complicación de
herida operatoria



Reurrencia
de las fístulas

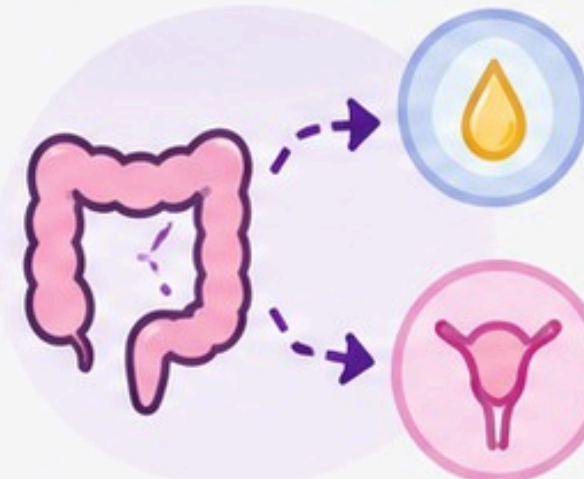
Manifestaciones clínicas

1. Hallazgo fundamental



- Ausencia de orificio anal normal.
- Suele detectarse en el examen neonatal inicial.

2. Meconio por sitios anormales



- **Niños:** meconio por uretra o mezclado con la orina → sospechar fístula rectourinaria.
- **Niñas:** meconio por vestíbulo → sugiere fístula rectovestibular.

3. Obstrucción intestinal



- Si no existe una fístula adecuada para descompresión.
- Distensión abdominal, ausencia de deposiciones y vómitos, incluso biliosos.

4. Sospecha de cloaca persistente



- Niña con un solo orificio perineal.
- Orienta a cloaca persistente.

Diagnóstico



A. Examen físico

- **Inspección** cuidadosa.
- Identificar el **orificio anal**.
- Evaluar **posición y calibre**.
- **En niñas**, verificar disposición normal de los orificios perineales.
- Buscar **anomalías asociadas**.



B. Laboratorio



No es de rutina

- Solicitar si hay **obstrucción o previo a cirugía**.
- Hemograma.
- Electrolitos y gases.
- Glicemia.
- Función renal.
- OC y UC.



C. Imagenología

- **Ecografía renal y de vías urinarias**.
- **Ecografía espinal**.
- Buscar **médula anclada, disrafismo** y otras anomalías.

MALFORMACIONES ASOCIADAS



VACTERL es un conjunto de malformaciones congénitas que pueden asociarse entre sí. Su búsqueda sistemática permite un diagnóstico integral y un manejo adecuado.

V

Vertebral



A

Anorrectal



C

Cardíaca



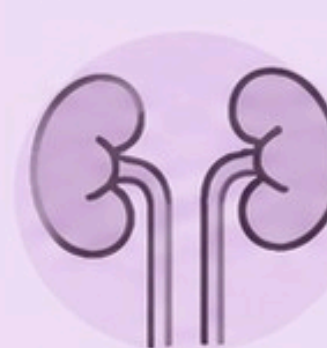
TE

Fístula traqueoesofágica /
atresia esofágica



R

Renal



L

Extremidades
(limbs)



Si se diagnostica una MAR, debe descartarse **VACTERL**.

Manejo

A Medidas generales



Determinar tipo de MAR, presencia de fístula y eliminación de meconio.



Evaluar si hay evacuación.



Si hay evacuación



Alimentación enteral si no hay obstrucción y Cirugía lo autoriza.



Si NO hay evacuación



Régimen 0 + acceso venoso + SNG + fluidoterapia + evaluación por Cirugía Pediátrica.

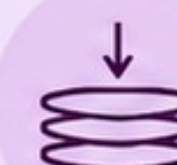
B Manejo quirúrgico

1



Anoplastia

2



ASARP

Recto movilizado hacia el centro del complejo esfinteriano; neoano en posición normal.

3



PSARP

Recto movilizado al centro del complejo esfinteriano + anoplastia.

4



LAARP

Descenso anorrectal asistido por laparoscopia a través del centro del complejo esfinteriano.



BIBLIOGRAFÍA

- Donoso, C., Elton, M. A., Guelfand, M., & Valenzuela, M. (Eds.). (2024). Manual clínico de cirugía neonatal. Editorial https://cirugiapediatrica.uv.cl/images/Manual-Cirugia-Neonatal_compressed.pdf Cátedra de Cirugía Pediátrica
- Valenzuela, M., Guelfand, M., & Elton, M. A. (2024). Malformaciones anorrectales. En C. Donoso, M. A. Elton, M. Guelfand & M. Valenzuela (Eds.), Manual clínico cirugía neonatal (pp. 306–). Editorial IKU. https://cirugiapediatrica.uv.cl/images/Manual-Cirugia-Neonatal_compressed.pdf Cátedra de Cirugía Pediátrica
- López, P.-J., Montedónico, S., & Lagos, C. (Eds.). (2024). Manual de cirugía pediátrica de la Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica (2.ª ed.). Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica. <https://schcp.cl/wp-content/uploads/2024/11/Manual-Cirugia-Pediatria-2024.pdf>
- Nazer, J., Hübner, M. E., Valenzuela, P., & Cifuentes, L. (2000). Malformaciones congénitas anorrectales y sus asociaciones preferentes. Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Período 1979-1999. Revista Médica de Chile, 128(5), 519–525. <https://doi.org/10.4067/S0034-98572000000500010> SciELO
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2019, agosto). Malformaciones anorrectales (ano imperforado). National Institutes of Health. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/problemas-anatomicos-parte-inferior-del-aparato-digestivo/malformaciones-anorrectales>



Borcelle

MUCHAS GRACIAS