

Abordaje laparoscópico de las malformaciones ano-rectales: ¿Hemos aprendido algo en los últimos 10 años?

J.C. de Agustín Asensio

Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Desde que Bischoff, Martínez y Peña analizaron en 2015 el papel de la laparoscopia en el tratamiento quirúrgico de las malformaciones ano-rectales (MAR)⁽¹⁾ han surgido muy buenos estudios y los cirujanos han compartido ampliamente sus experiencias con este abordaje.

En una reciente conferencia en el IRCAD, expuse el estado actual del tema, resumiendo avances en este campo de la cirugía pediátrica. Aún recuerdo la emoción en 1999 cuando Keith Georgeson presentó en Sendai el primer caso operado por laparoscopia. La precisión de la técnica y la innovación en la cirugía nos dejaron a todos los presentes atónitos. Fue un momento que marcó un antes y un después en el abordaje de estas malformaciones.

En 2015, Peña y Bischoff establecen las indicaciones precisas para el abordaje laparoscópico: fístulas muy altas, prostáticas, del cuello vesical y algunos casos excepcionales de cloacas complejas con recto suelto, ausencia de vagina o con canal corto, vagina baja y recto alto.

Las revisiones iniciales del abordaje laparoscópico mostraban un alto índice de complicaciones técnicas, como un incremento del prolapso rectal del 3% (en abordaje tradicional) hasta el 52%, debido fundamentalmente a una extensa disección del recto y cierre precoz de la colostomía⁽²⁾. Además, la persistencia de divertículos uretrales residuales, por una resección incompleta de la fístula, contraindicaba la laparoscopia en fístulas recto-bulbares, ya que estos divertículos predisponen a cálculos, infecciones y malignización.

Por tanto, ¿qué novedades hay?

Un estudio del grupo japonés de las MAR⁽³⁾ analiza en detalle todas las técnicas quirúrgicas empleadas, comparan el abordaje tradicional con el laparoscópico y enfatizan el control con cisto-uretroscopia y el uso de clips o endoguía para seccionar la fístula. Sin embargo, no incluyen seguimiento funcional, esencial para evaluar resultados clínicos.

Otro estudio de 2023, publicado en la revista *Medicine*⁽⁴⁾ compara 88 pacientes operados por fístula recto-bulbar: 45 con anorrectoplastia sagital posterior (PSARP) y 43 por laparoscopia. Los resultados funcionales son similares, y destaca la importancia del método de disección. Se recomienda disecar la parte rectal distal de la submucosa desde 0,5 cm proximales a la uretra, abriendo la cara anterior del recto, despegar la mucosa de la fístula hasta la unión mucosa uretral-rectal y utilizar sutura PDS 5/0 o hem-o-lock según la longitud del manguito muscular.

En este sentido, hay un trabajo más que aporta un nuevo abordaje endoscópico intraluminal del recto para facilitar el cierre de la fístula recto-uretral con una mayor garantía y evitar dejar un divertículo residual⁽⁵⁾. Se analizan los resultados aplicando este método a una serie de pacientes con fístulas recto-uretrales prostáticas y vesicales y los comparan con aquellos que tienen fístulas recto-uretrales bulbares y obtienen unos resultados anatómicos y clínicos similares.

La tecnología también ha aportado avances como el uso de verde de indocianina (ICG) para marcar y localizar la fístula recto-uretral⁽⁶⁾.

Otro aspecto estudiado recientemente es el descenso colónico en casos donde no se puede descender el recto, debido a colostomías mal posicionadas o segmento rectal insuficiente⁽⁷⁾. La laparoscopia ofrece resultados comparables a la técnica convencional, aunque con mayor tiempo quirúrgico y de hospitalización.

Pese a todo, la laparoscopia sigue asociándose con más divertículos uretrales y vejigas neurógenas transitorias, mientras que la PSARP con más lesiones uretrales, que, al ser tratadas intraoperatoriamente, evolucionan bien⁽⁸⁾. Esto refuerza la necesidad de perfeccionar la técnica laparoscópica y emplear nuevos enfoques para obtener resultados equivalentes a la cirugía abierta.

Las indicaciones de Peña y Bischoff siguen siendo válidas en centros con baja experiencia en laparoscopia. No obstante, con las nuevas tecnologías y refinamientos técnicos, las fístulas recto-bulbares podrían manejarse por laparoscopia, siempre que se garantice una técnica precisa y rigurosa.

DOI: 10.54847/cp.2025.03.02

Correspondencia: Dr. Juan Carlos de Agustín Asensio

E-mail: juandeagustin@mac.com

Por último, el manejo intestinal no quirúrgico sigue siendo fundamental en todas las atresias. El futuro traerá nuevas tecnologías, como la cirugía robótica, y otras que aún desconocemos que podrían mejorar aún más los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bischoff A, Marines-Leo B, Peña A. Laparoscopic approach in the management of anorectal malformations. *Pediatr Surg Int.* 2015; 31(5): 431-7.
2. Jung S-M, Lee S-K, Seo J-M. Experience with laparoscopic-assisted anorectal pull-through in 25 males with anorectal malformation and rectourethral or rectovesical fistulae: postoperative complications and functional results. *J Pediatr Surg.* 2013; 48(3): 591-6.
3. Harumatsu T, Murakami M, Sugita K, Ishimaru T, Fujino A, Nakata M, et al. Current practice of diagnosis and treatment for rectourethral fistula in male patients with anorectal malformation: a multicenter questionnaire survey in Japan. *Pediatr Surg Int.* 2024; 40(1): 220.
4. Ye S, Feng W, Zhou Y, Ming A, Chen M, Yang C, et al. Laparoscopic-assisted anorectoplasty for anorectal malformation with rectobulbar fistula: A two-center comparative study with posterior sagittal anorectoplasty. *Medicine.* 2023; 102(46): e35825.
5. Diao M, Li L, Kong C-H, Li Q, Ming A-X, Zhang Z, Cheng W. A novel combined enteroscopy and laparoscopy approach to prevent urethral complications in management of rectourethral fistula. *Surg Endosc.* 2021; 35(4):1921-6.
6. Li G, Liu Z, Zhang Y, Zhao J, Zhao Y, Liao J, et al. Indocyanine green fluorescence imaging localization: A helpful addition to laparoscopic dissection and division of rectourethral fistulae. *Photodiagnosis Photodyn Ther.* 2023; 42: 103335.
7. Li S, Ye S, Zhou Y, Diao M, Li L. Laparoscopic-assisted distal colon excision and proximal colon pull-through anorectoplasty for anorectal malformation. *Front Pediatr.* 2024; 12: 1402666.
8. Manchanda V, Kumar P, Jadhav A, Goel AD. Can neonatal pull-through replace staged pull-through for the management of anorectal malformation? A systematic review and meta-analysis. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2023; 28(5): 357-68.