

# Canal Perineal

S. Sanjuan Rodríguez, M. González Mariscal, JI. Santamaría Ossorio

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil, Badajoz.*

**RESUMEN:** La malformación anorectal denominada «canal perineal» es muy poco frecuente, representa el 4% de este tipo de malformaciones. Presentamos una mujer de 15 meses que coincidiendo con un episodio de diarrea presenta heces semilíquida en vagina. A la exploración no se observa ningún orificio pero se confirma mediante estudio baritado y posterior exploración con sedación. Se realiza extirpación de la fístula sin colostomía previa, no obteniendo ninguna complicación. Se analiza los diferentes medios diagnósticos utilizados, así como, los múltiples tratamientos quirúrgicos empleados. Los autores consideran que la técnica empleada ha dado un excelente resultado, no teniendo ninguna complicación, y tiene la ventajas de no precisar colostomía previa.

**PALABRAS CLAVE:** Malformación anorectal; Canal perineal.

## PERINEAL CANAL

**ABSTRACT:** The malformation, perineal canal, is a rare condition accounting for the 4% of all anorectal malformations. We report a 15 months old female that presented passage of feces per vagina during a diarrheal disease. Former physical exam did not show any fistulous opening, another exam under sedation and radiological study with barium led to the diagnose of perineal canal. The fistula was excised without preceding colostomy. After surgery the patient did well without complications. Several diagnostic techniques and surgical approaches are analyzed. The authors believe that the surgical procedure used in this patient have had good outcome and the advantage of no needing of preceding colostomy.

**KEY WORDS:** Anorectal malformations; Perineal canal.

## INTRODUCCIÓN

La malformación anorectal denominada «canal perineal» (CP) es muy poco frecuente, representa aproximada-

**Correspondencia:** Dr. Santiago Sanjuan Rodriguez, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil, Avda. Damián Tellez Lafuente s/n, 06010 Badajoz.

*\*Trabajo presentado en el XXXV Congreso de la S.E.C.P., San Sebastián. Mayo 1995.*

Recibido: Julio 2001

Aceptado: Enero 2002

mente el 4 % de este tipo de malformaciones, observándose con mayor incidencia en Asia<sup>(1-8)</sup>. Debido al pequeño calibre de los orificios, a veces, es difícil precisar la localización exacta de la fístula por lo que puede dificultar el diagnóstico; tampoco existe unanimidad entre las diferentes técnicas quirúrgicas empleada<sup>(1,4,5,8)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 15 meses de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que coincidiendo con un episodio de diarrea, la madre observa heces semilíquidas en vagina, en varias ocasiones. Durante la exploración, no se visualiza ningún orificio en genitales y tampoco se comprueba la salida de heces por vagina mediante tacto rectal. Con el fin de confirmar la posible existencia de una fístula, así como, su trayecto, se realiza un estudio baritado de recto, comprobando la existencia de una fístula desde la parte inferior de la cara anterior del recto hasta la orquilla vulvar. Con el objeto de localizar el lugar exacto de la fístula, se realiza nueva exploración de genitales bajo sedación observando un orificio en orquilla vulvar por el que se introduce una sonda canalada que se exterioriza por ano recto (Fig. 1).

El resto de la exploración es normal, así como, las radiografías de tórax y abdomen, ecografía abdomen y urocultivo.

Con el diagnóstico de CP se realiza excisión de la fístula mediante técnica de pullthrough con disección desde el orificio vestibular hasta el anal sin apertura externa del periné. No presenta ninguna complicación en el postoperatorio inmediato y la evolución es satisfactoria 10 años después de la intervención.

## DISCUSIÓN

El término CP fue utilizado por primera vez en 1.971 por Stephens y Smith para definir una malformación ano-rectal



**Figura 1.** Sonda canalada que atraviesa el trayecto fistuloso.

caracterizada por la existencia de una fístula, situada por debajo del elevador del ano, entre la pared anterior de un ano-recto normalmente formado, y el vestíbulo-periné en las mujeres y el perine-uretra anterior en varones<sup>(1-3)</sup>. Sin embargo, no existe unanimidad sobre su denominación, pues otros autores las llaman también: doble terminación del tracto alimentario, fístulas en H o N, fístula ano-recto-vestibular o ano-perineal<sup>(1,4,5,7)</sup>.

La mayoría de los autores<sup>(1,3)</sup> consideran que CP tiene un origen congénito, sin embargo, otros estiman que puede ser secundarias a la existencia de abscesos perirectales y pueden curar espontáneamente<sup>(5,6)</sup>.

Los pacientes no suelen presentar otras anomalías, pero se ha visto asociada a: vagina doble, estenosis anal, ano anterior ectópico, tabique vaginal, y en varones a síndrome de prune-belly<sup>(1-4)</sup>. Se ha comprobado un predominio en mujeres y la edad de presentación varía desde los 2 días a los 13 años<sup>(1,2)</sup>.

Como en nuestro caso, un CP debe sospecharse en cualquier niña que presente la existencia de heces por vagina, principalmente durante episodios de diarrea, aunque tam-

bién se ha observado salida de heces solamente por la fístula debido a un espasmo anal severo, enrojecimiento de genitales externos, secreción de pus por vagina y abscesos e irritación perineal. A veces, es posible observar solo enrojecimiento e inflamación de genitales externos debiendo descartar siempre la existencia de un cuerpo extraño en vagina<sup>(1,2,4)</sup>.

El diagnóstico debe realizarse basado en la clínica y en una exploración minuciosa de genitales externos, pero a veces es difícil de ver, pues el orificio suele medir 1-3 mm de diámetro<sup>(4)</sup>. Bagga et al<sup>(4)</sup> mediante tacto rectal, presionando el dedo hacia el vestíbulo, han observado salida de heces o secreción purulenta a través de vagina. Muchas veces, como en nuestro caso, es necesario utilizar una exploración bajo sedación para canalizar la fístula, pues el orificio suele estar a 1,5-2,5 cm por encima del borde anal y la longitud de la fístula varía entre 0,8 y 1,2 cm<sup>(2,4)</sup>.

En caso de no observarse el orificio externo, Tsuchida et al.<sup>(1)</sup> recomiendan realizar una fistulografía, introduciendo en recto un contraste radiopaco, a través de una sonda de Foley con el balón inflado. En los varones, en caso de sospecha, debe realizarse una CUMS<sup>(2)</sup>.

No existe unanimidad con respecto al tratamiento quirúrgico utilizado, mediante nuestra técnica hemos comprobado que es fácil de realizar, no precisa una hospitalización prolongada y no hemos observado ninguna complicación inmediata o tardía.

Sin embargo, otros autores han utilizado otras técnicas con mayor morbilidad, así Adel Ismail realiza apertura y extirpación del trayecto fistuloso, cerrando mediante segunda intención, pero precisa lavados prolongados después de cada deposición durante varias semanas<sup>(3)</sup>. Otros autores, para la exéresis de la fístula, previa colostomía, realizan un abordaje perineal medio<sup>(1,3,4)</sup> o una anorectoplastia sagital anterior<sup>(2,6,7)</sup>. Tsuchida et al<sup>(1)</sup> también mediante colostomía previa, realizan extirpación completa del trayecto fistuloso junto con extirpación de la mitad anterior de la pared rectal; incluso se ha llegado a practicar un descenso abdomino-perineal tipo Soave<sup>(8)</sup>.

Consideramos que la técnica utilizada por nosotros es sencilla, no precisa colostomía previa, obteniendo unos resultados funcionales excelente y no originando ninguna alteración cosmética, sin embargo, otros autores han observado complicaciones como recurrencia de la fístula y estenosis anal<sup>(2-5)</sup>. En lo que sí coinciden todos los trabajos es que para evitar estas complicaciones, es preciso retrasar la intervención hasta que el periné esté libre de infección<sup>(1-7)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tsuchida Y, Saito S, Honna T et al. Double termination of the alimentary tract in females. A report of 12 cases and a literature review. *J Pediatr Surg* 1984;19:292-296.

2. Wakhlu A, Pandey A, Prasad A et al. Perineal canal. *Pediatr Surg Int* 1997;**12**:283-285.
3. Ismail A. Perineal canal: a simple method of repair. *Pediatr Surg Int* 1994;**9**:603-604.
4. Bagga D, Chadha R, Malhotra Cj et al. Congenital H-type vestibuloanorectal fistula. Surgical anatomy an approach to ist management . *Pediatr Surg Inter* 1995;**10**:481-484.
5. Rao KLM, Choudhury SR, Samujh R et al. Perineal canal-repair by a new surgical technique. *Pediatr Surg Int* 1993;**8**:449-450.
6. Kulshrestha S, Kulshrestha M, Prakasch G et al. Management of congenital and adquired H-type anorectal fistulae in girls by anterior sagital anorectovino-plasty. *J Pediatr Surg* 1998;**33**:1224-1228.
7. Mirza I, Zia-ul-Miraj M. Management of perineal canal anomaly. *Pediatr Surg Int* 1997;**12**:611-612.
8. Spitz L, Jung PM. Congenital H-type fistula of the anorectal region. *Am J Proctal Gastroenterol Colon Rectal Surg* 1980;**31**:22-24.