

HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE  
"COMANDANTE MANUEL FAJARDO RIVERO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

AGENESIA ANAL CON FÍSTULA RECTOVAGINAL DIAGNOSTICADA EN LA  
ADULTEZ. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

Dr. Abraham Dimas Reyes Pérez<sup>1</sup>, Dr. Javier Cruz Rodríguez<sup>2</sup> y Dr. Isniel Muñoz Peláez<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara.
2. Médico General. Policlínico "Capitán Roberto Fleites" Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Marta Abreu". Santa Clara, Villa Clara.

*Descriptor deCS:*

ANO IMPERFORADO/diagnóstico  
FISTULA RECTOVAGINAL

*Subject headings:*

ANUS, IMPERFORATE/diagnosis  
RECTOVAGINAL FISTULA

El término malformaciones anorrectales hace referencia a la diversidad de defectos de complejidad y pronóstico funcional variables. Las principales preocupaciones son el control intestinal y las funciones urinaria y sexual en el futuro<sup>1</sup>. En realidad, la ausencia de ano o su falta de normal perforación es una anomalía llamativa que evoca un conjunto de malformaciones anorrectales: estenosis anal congénita, ano ectópico, agenesia anal sin fístula o con ella, ya sea cutánea, urinaria o vulvar. Todas pueden englobarse en el cuadro de la agenesia anorrectal<sup>2</sup>. La frecuencia de estas malformaciones oscila entre 1/3500 y 1/5000 neonatos, y aparece asociada en ocasiones a diversos síndromes malformativos generales<sup>3-5</sup>.

El ano y el recto se originan de una estructura embriológica denominada cloaca. El crecimiento lateral hacia dentro de dicha estructura da lugar al tabique uorrectal, que separa el recto en posición dorsal del aparato urinario en posición ventral. Ambos sistemas (recto y aparato genitourinario) se individualizan por completo hacia la séptima semana de gestación. En ese momento, la porción urogenital de la cloaca original ya tiene una salida al exterior, mientras que la anal está cerrada por una membrana que se abre hacia la octava semana de gestación. Los trastornos en el desarrollo de dicho proceso en diferentes etapas dan lugar a una serie de anomalías, que en su mayor parte afectan el tubo intestinal bajo y las estructuras genitourinarias. La persistencia de la comunicación entre las porciones genitourinaria y rectal de la cloaca produce fístulas, que con frecuencia se observan asociadas a este tipo de malformación<sup>2,3,6</sup>.

En las variantes anatómicas, puede encontrarse el ano imperforado sin fístula. En las niñas, generalmente, la fístula está en la horquilla posterior o cercana al orificio externo de la vagina. En ocasiones, esta se encuentra a la altura del cuello uterino y es menos frecuente que las de localización baja. Otras variedades son las fístulas que conducen a la vejiga urinaria y a la uretra, pero son sumamente raras, por la interposición del útero y la vagina. Se describe: ano imperforado con bolsa alta, atresia rectal tipo 3 de Ladd, atresia rectal tipo 4 de Ladd; ano imperforado con fístula rectovesical o rectouretral, que es más frecuente en el varón; ano imperforado con fístula rectoperineal en las niñas; ano imperforado con fístula rectovaginal o rectovesical alta y ano

imperforado con fístula rectovaginal baja. El diagnóstico se realiza al nacer y su tratamiento quirúrgico se efectúa en edades tempranas, en dependencia de la variante anatómica y su cuadro sintomático<sup>4</sup>.

#### Presentación de la paciente

Pertenece al sexo femenino, de 59 años de edad, raza blanca y procedencia campesina, con antecedentes obstétricos de dos gestaciones que culminaron en dos partos eutócicos: presentaba aparente salud anterior. Al acudir a consulta refiere que desde hace tres años tiene dificultad para defecar, así como en sus relaciones sexuales, pues sentía que por la vagina “se le salía una pelota”, la que al pujar para defecar le impedía esta acción. El acto sexual le molestaba, pues le provocaba dolor e inflamación, y esto la condujo hacia la abstinencia sexual permanente.

Al realizar el examen físico, se halló que a nivel del periné no existía el orificio anal y presentaba vulva de características compatibles con la normalidad. A nivel de la horquilla, en su parte posterior, se observaba la protrusión de una formación redondeada y rojiza que correspondía al orificio de salida de la fístula rectovaginal. Al pujar, por la cara anterior de la vagina protruía una formación redondeada y reductible que se correspondía con el proceso herniario (cistocele), que también se podía observar a simple vista. Al examinarla con espéculo, el cuello mostraba las características de una múltipara. Al hacerle el tacto vaginal, encontramos útero y anejos de tamaño, forma y consistencia normales para su edad. El resto del examen físico no reveló elementos de interés.

En la figura 1(A) se observa la ausencia del ano en su localización normal, así como una formación redondeada, por debajo del meato urinario, que corresponde al cistocele. En la figura 1(B) se encuentra, hacia la horquilla posterior, una formación sobresaliente que corresponde al orificio de la fístula rectovaginal, señalada con una pinza de disección. La paciente fue sometida a tratamiento quirúrgico para reducir el cistocele, y se le realizó una colporrafia anterior. La anomalía congénita no fue corregida teniendo en cuenta su edad y la posibilidad de afectar su control intestinal; ahora puede defecar sin dificultad, como lo hacía antes de presentar el cistocele. Después de tres meses de operada, comenzó su vida sexual normal.

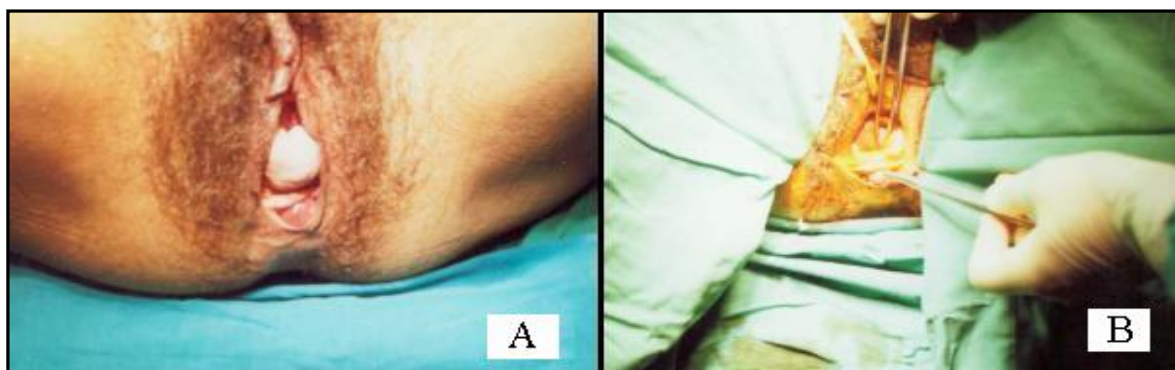


Fig 1 (A) Ausencia del ano en su localización normal y cistocele.  
(B): Orificio de la fístula rectovaginal.

#### Comentario

Las malformaciones anorrectales congénitas son relativamente comunes y aparecen asociadas a anomalías genitourinarias en un 40 % de estas pacientes<sup>7</sup>. En la adultez, el diagnóstico de estas alteraciones es muy inusual, ya que puede realizarse con facilidad mediante el empleo de la inspección en el examen físico del recién nacido, aunque en la bibliografía extranjera se mencionan algunos casos diagnosticados en adultos. Según Packard y Kirshbaum, ya Morgagni tuvo noticias de una mujer que murió a los 100 años sin haberse enterado de que tenía un ano vestibular<sup>8</sup>. En otras publicaciones encontramos un informe sobre un paciente que a los 48 años se le diagnosticó

una agenesia anorrectal con fístula rectouretral<sup>9</sup>, y en dos pacientes adultos se halló fístula rectovestibular<sup>10</sup>.

### **Referencias bibliográficas**

1. Peña A. Malformaciones anorrectales. En: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, editores. Nelson tratado de pediatría. 15<sup>ta</sup> ed. La Habana: Ciencias Médicas; 1998. p. 1352-5.
2. Cruz M, Bosch J. Síndrome de imperforación anal. En: Atlas de síndromes pediátricos. Barcelona: ESPAXS; 1998. p. 234-48.
3. O'Rahilly R, Müller F. The digestive system. In: Human embryology and teratology. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Wiley-Liss; 1996. p. 207-58.
4. Swenson O. Ano imperforado. En: Cirugía pediátrica. México: Interamericana; 1960. p. 432-46.
5. Cassini P, Montironi A, Botti S, Hori T, Okhawa H, Stella A, et al. Genetic analysis of anal atresia in pigs: evidence for segregation at two main loci. Mamm Genome. 2005;16(3):164-70.
6. Sadler TW. Aparato digestivo. En: Embriología médica de Langman. 7<sup>ma</sup> ed. México: Médica Panamericana; 1996. p. 227-54.
7. Patankar JZ, Mali VP, Yashpal R, Neo GT, Prabhakaran K. Anorectal malformation with congenital absence of vagina: a case report and review of the literature. Pediatr Surg Int. 2004;20(4):295-7.
8. Calandra D, Sammartino R. Malformaciones. En: Enfermedades de la vulva. Buenos Aires: Bibliográfica Argentina; 1959. p. 49-74.
9. Odaka A, Takahashi S, Tanimizu T, Kawashima H, Okada N, Inokuma S, et al. Anorectal agenesis with a rectourethral fistula diagnosed in an adult: report of a case. Surg Today. 2004;34(2):170-2.
10. Kumar V, Chattopdhyay A, Vepakomma D, Shenoy D, Bhat P. Anovestibular fistula in adults: a rare presentation. Int Surg. 2005;90(1):27-9.