



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):48-54
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934002

CONDUCTO ANAL DUPLICADO COMPLICADO CON ABSCESO COMPLEJO. DIAGNÓSTICO EN EDAD ADULTA.

Alma Gabriela Sandoval Peregrina¹, Etienne Mandel Stahl Duque², Salvador Víctor Manuel Jasso Romo²

¹ Clínica del Parque, ² Hospital Ángeles de San Luis

CASO CLINICO.

Mujer de 23 años sin antecedentes personales y como antecedente quirúrgico apendicetomía hace 5 años. Acude a consulta por presentar desde la infancia estreñimiento, referido con retardo de hasta 1 semana, acompañado de gran esfuerzo con dolor y sangrado leve. Se ha automedicado con laxantes (no especificados) con mejoría parcial pero siempre vuelve a recaer. Refiere tener una dieta con consumo adecuado de fibra y toma 2 litros de agua al día. Realiza ejercicio 5 días a la semana de tipo aeróbico desde los 16 años. A la exploración física en la región perianal el reflejo anocutáneo está presente y normal, al tacto rectal el tono es normal, con aparente integridad de los esfínteres anales, coordina bien al pujo y contracción voluntaria y la ampolla rectal se encuentra vacía al momento de la exploración. Se solicita tránsito colónico, utilizando una cápsula de 24 marcadores radiopacos, el cual evidencia retención de todos los marcadores en la región rectosigmoidea hasta el octavo día y su expulsión en un solo movimiento. Con este resultado anormal se propone a la paciente continuar el estudio para poder determinar la etiología del estreñimiento teniendo como principal sospecha una enfermedad de Hirschprung de segmento ultracorto. Se realiza manometría anorrectal encontrando presión anal en reposo un poco baja para la edad y con incremento de la misma durante la contracción al doble, con asimetría del conducto anal en un 63%. La sensibilidad rectal se encuentra disminuida y el reflejo recto anal inhibitorio se encuentra ausente (Figura 1).

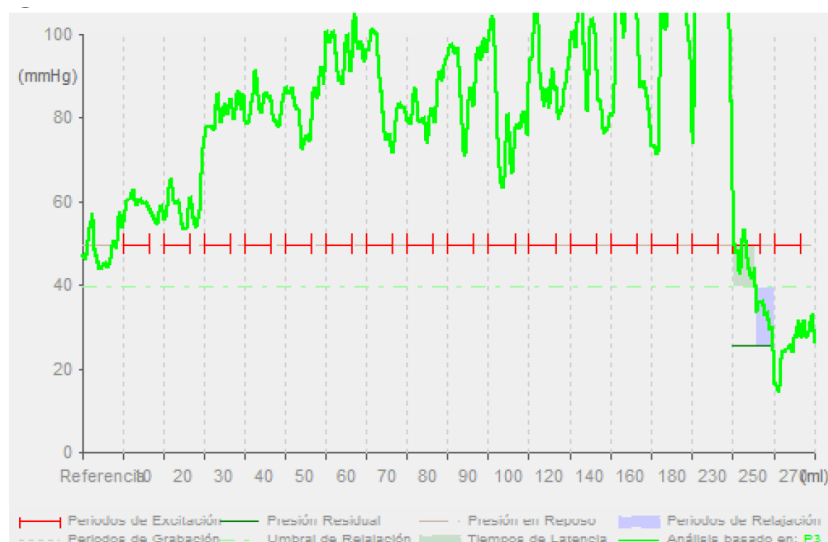


Figura 1. Reflejo recto anal inhibitorio

Se propone a la paciente realizar biopsia de la pared rectal para confirmar la sospecha diagnóstica, pero la paciente no acepta, por lo que se decide iniciar tratamiento con procinético (cisaprida 10 mg cada 12 horas durante 1 mes). Acude a revisión después del primer mes de tratamiento refiriendo mejoría significativa del estreñimiento, por lo que se decide continuar el manejo con cisaprida 10 mg al día sin suspender. La paciente deja de asistir a consulta. Tres años después acude nuevamente por lipotimia y fiebre de 38 grados de 12 horas de evolución, acompañado de dolor pélvico y exacerbación del estreñimiento a pesar de continuar con el uso de procinéticos. A la exploración física encontramos dolor intenso a la palpación en hipogastrio que se irradia hacia el conducto anal. A la exploración perianal no se identifican lesiones externas, el tacto rectal se identifica hipertonía por dolor intenso, y por encima del músculo puborrectal en su rama izquierda hay una masa blanda muy dolorosa, aparente integridad del complejo esfinteriano y no se identifica probable orificio primario. Posteriormente se realiza tacto vaginal con dolor intenso en la pared posterior de la vagina y salida de pus a través del conducto anal. Se realiza ultrasonido endoanal de 360° evidenciando colección por encima de la rama izquierda del músculo puborrectal que se extiende hacia la línea media anterior, pero aparentemente con integridad del tabique rectovaginal, sin identificar orificio primario, con cambios en la ecogenicidad de la rama derecha que probablemente está en relación a edema por el proceso infeccioso inflamatorio activo (Figura 2).



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):48-54
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934002



Figura 2. Ultrasonido Endoanal de 360°.

Con los hallazgos de imagen previos se decide completar con tomografía axial computarizada de pelvis que evidencia un proceso inflamatorio con líquido perirrectal y en fondo de saco de Douglas, además de una masa irregular con bordes definidos y delimitados con densidad heterogénea en el interior y que se encuentra adyacente al recto, con pérdida de los límites de la grasa perirrectal así como adyacente al cérvix uterino del lado izquierdo, hallazgos coincidentes con los del ultrasonido endoanal y que probablemente pueda estar en relación con un absceso supraelevador. En la analítica presenta leucocitosis con neutrofilia. Se decide realizar un drenaje urgente utilizando un bloqueo subaracnoideo y posición de navaja. Se identifica un orificio en línea media posterior por detrás del ano nativo por donde drena material purulento, que aparentemente es una duplicación del conducto anal (Figura 3).



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):48-54
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934002



Figura 3. Imagen preoperatoria.

Se introduce espejo rectal de Pratt sin encontrar salida de pus hacia el conducto anal, pero si pequeña cantidad de pus en el recto, posteriormente se introduce un estilete a través conducto anal duplicado que se desplaza hacia el espacio supraelevador y no permite canular más allá de este nivel. Después de lo identificado intraoperatoriamente se concluye que el origen del absceso fue el ano duplicado por lo que se decide realizar su resección además de realizar drenaje y legrado de los espacios afectados (Figura 4).



Figura 4. Disección del conducto anal duplicado



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):48-54

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934002

En el cuadrante lateral izquierdo del recto se identifica una perforación, y se decide realizar un cierre primario de la misma, pero verificando que el drenaje esté comunicado hacia la fosa isquiorrectal y la región perianal.

La pieza reseca se envió a estudio histopatológico que confirmó la duplicación del conducto anal. Se decide esperar a un segundo tiempo para poder realizar un estudio completo de la malformación y decidir cuál será el abordaje terapéutico que pueda brindar una resolución definitiva. En el postoperatorio mantiene en dieta absoluta y con doble esquema de antibiótico, Moxifloxacino 400 mg intravenoso cada 24 hrs y Metronizadol 500 mg intravenoso cada 8 horas, con analgésicos y antiinflamatorios. Posteriormente se inicia dieta progresiva la cual es bien tolerada. Se realizó tomografía de pelvis de control sin evidencia de colecciones activas, solamente escasa cantidad de líquido en fondo de saco de Douglas y con mejor delimitación de la grasa perirrectal. Al quinto día de hospitalización se decide egreso con manejo ambulatorio de antibioticoterapia y vigilancia con evolución favorable. En el tiempo de recuperación la paciente se queda embarazada, y cursa todo el embarazo sin complicaciones únicamente con exacerbación del estreñimiento que precisa el uso de laxantes. Se decide terminar el embarazo por cesárea para evitar mayor daño al complejo esfinteriano. La paciente permanece asintomática, pero a la exploración física se identifica un orificio en línea media posterior a nivel del conducto medio, por lo que se decide realizar una resonancia magnética nuclear, evidenciando una comunicación con el espacio supraelevador cranealmente desde el sitio de resección hasta el lado izquierdo y hacia la pared posterior de la vagina y en los cortes sagitales se identifica una zona hiperintensa que se proyecta hacia el espacio presacro, sin aparente comunicación hacia la columna vertebral o la piel (Figura 5).

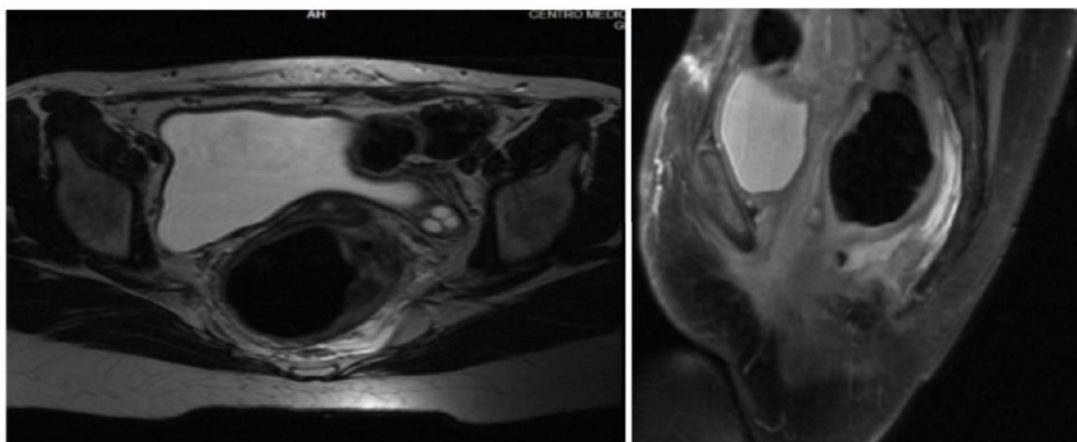


Figura 5. Resonancia magnética nuclear de pelvis corte axial y sagital.



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):48-54

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934002

Se decide continuar manejo conservador porque actualmente se encuentra asintomática y lactando, pero la paciente vuelve a quedar embarazada y como se encuentra asintomática estamos en espera de la resolución del embarazo para poder plantear una resección completa de la complicación fistulosa descartando previamente que exista otra malformación asociada.

DISCUSIÓN.

La duplicación del conducto anal es una de las malformaciones anorrectales más raras del tracto digestivo (1), hay dos teorías acerca del origen, la primera descrita por Hamada (2) donde propone que la duplicación es el resultado del desarrollo temprano de una de las fases de la cloaca. La otra teoría propuesta por Choi y Park (3) sugiere que es una anomalía embriológica tardía, en la cual el feto tiene una membrana dorsal de la cloaca más larga que debido al exceso de tejido tiene una recanalización que origina el canal anal duplicado. Esta malformación es asociada más comúnmente con mujeres (4) de acuerdo con la literatura revisada, y con mayor registro de casos en Asia. Se describe que las duplicaciones anales solamente son conductos tubulares que no están comunicados con el tracto digestivo (5), y si bien la mayoría de los casos son detectados incidentalmente en la infancia, un gran porcentaje cursa con diversos síntomas, y algunos pocos serán diagnosticados en etapas más tardías cuando presenten alguna complicación siendo la más común el absceso (6,7y 8). Debido a la poca frecuencia de la duplicación del canal anal, la poca sintomatología que ocasiona y que puede llegar a ser confundido con fístula anal, sobre todo en los casos en los que el conducto duplicado no se localiza posterior al orificio nativo debemos evaluar de manera completa y minuciosa al paciente para poder establecer de manera específica su diagnóstico en forma preoperatoria (9), el ultrasonido es una de las herramienta eficaz y de bajo costo, que nos permite evaluar de manera precisa la anatomía del conducto anal e identificar comunicación del trayecto accesorio, sin embargo podemos apoyarnos de otros estudios de imagen como la aplicación de medio de contraste a través del conducto anal accesorio para identificar si hay comunicación y hasta donde llega la malformación y la Resonancia Magnética permitiendo así la decisión correcta en cuanto al abordaje quirúrgico del paciente(10). En particular en el caso de nuestra paciente estamos probablemente viendo una asociación de malformaciones congénitas que ante la poca incidencia de los casos no se ha podido estudiar ampliamente, porque, aunque el cuadro de la paciente es compatible con una duplicación anal con un absceso complejo, esto no explica porque la paciente presenta previamente disminución de la sensibilidad rectal, hipotonía del ano y ausencia de reflejo rectoanal inhibitorio. Estamos en espera de realizar una nueva resonancia magnética para poder estudiar minuciosamente la columna vertebral y



descartar que estemos ante una malformación neuroentérica como el Síndrome de la Notocorda Hendida.

BIBLIOGRAFIA:

1. Danielle Vietan, Ramnik Vallabh Patel y Simon N. Huddart. Duplicated proctodeum. *Pediatr Surg Int.* 2009;25:535–536
2. Merter Gülen, Sezai Leventoglu, Bahadir Ege y B.Bülent Menteş. Anal Canal Duplication in Adults: Report of Five Cases. *Int Surg.* 2016; 101:20–23.
3. Heather Carpenter, Ilan Maizlin y David Bliss. *Pediatr Surg Int.* 2009;25: 911-916.
4. Jessica Neves, Raquel Dias, Hugo Ribeiro, Marta Ferreira, Narcisa Guimaraes, Ines Monica, et al. Anal Canal Duplication in a 40-Year-Old Adult. 2018. *J Med Cases*; 9(2):61-63.
5. Dr. Diego Jaroslavsky, Dr. Alejandro Dinerstein, Dra. Nora Balanian. Dra. Adriana V. Bou-Khair. Dr. José L. Cuervo y Dra. Jorgelina Iglesias. Duplicaciones del tubo digestivo. A propósito de un caso clínico. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá.* 1997; XVI, N° 2: 63-67.
6. Rezvan Mirzaei, Bahar Mahjubi, Mina Alvandipoor y Mohammad Yasin Karami. Late presentation of anal canal duplication in adults: a series of four rare cases. *Ann Coloproctol.* 2016;31(1): 34-36.
7. Sudipta Sinnya, Katherine Curtis, Mark Walsh, David Wonf, y Roy Kimble. Late presentation of anal canal duplication in an adolescent female – a rare diagnosis. *Int J Colorectal Dis.* 2013; 28:1175-1176
8. Shohei Honda, Masashi Minato, Hisayuki Miyagi, Hiromi Okada y Akinobu Taketomi. Anal canal duplication presenting with abscess formation. *Official Journal of the Japan Pediatric Society.*2017; 59(4): 500-501.
9. Adnan Narci, Fatma Hüsniye Dilek y Salih Çetinkurşun. Anal Canal Duplication. *Eur J Pediatr.*2010 169: 633-635.
10. Mitsuyuli Nakata, Tetsuya Mitsunagab, Elena Teruic, Yasuyuki Higashimotod y Jun Iwaib. Recurrence of anal canal duplication with abscess formation. *Journal of Pediatrics Surgery Case Reports.* 2018 33:68–71