

ANORMALIDADES DEL PERINE EN EL RECIEN NACIDO

Dr. CARLOS ORDOÑEZ CRESPO

Hospital de Niños Baca Ortiz, Quito

RESUMEN

Es fundamental realizar la evaluación completa del recién nacido, incluyendo el área perineal, donde se pueden encontrar alteraciones frecuentes como fimosis, hidrocele comunicante o no, quiste de cordón, testículos mal descendidos, malformaciones ano-rectales, fístulas recto-uritarias, tumores y otras malformaciones menos frecuentes. Algunas de ellas tienen significación vital en el recién nacido y otras requerirán una evaluación más completa. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 11:175, 1986).

Como parte del examen del recién nacido el pediatra que lo recibe debe revisar la región perineal del niño. La verificación sistemática de los orificios naturales debe constituir parte de la rutina del examen. Desde el pubis al sacro se pueden observar anomalías en vejiga, pene, escroto, periné, ano y región sacro-coccígea.

Malformaciones poco frecuentes son la extrofia vesical, la epispadias, el macrofalo, el microfalo y el difalo. No es infrecuente encontrar una hipospadias o la presencia de una fístula recto-urinaria.

LA FIMOSIS

Se caracteriza por la presencia de un anillo de tejido conjuntivo denso, que impide el descenso completo del prepucio hacia el surco balano-prepucial. Cuando, en el intento de bajar el prepucio, se logra pasar el anillo fimótico por detrás del surco balano-prepucial, se produce la parafimosis, la cual es una emergencia quirúrgica. La verdadera fimosis debe diferenciarse de la presencia de adherencias prepuciales donde se observa que la mucosa del glande y la del prepucio se encuentran acodadas, determinando que

el esmegma prepucial, producido en las glándulas del surco balano-prepucial, no pueda ser eliminado oportunamente. Si el prepucio no logra ser bajado en forma progresiva y completa para la limpieza del esmegma prepucial, se producirá balano-postitis caracterizada por edema, rubor, dolor del prepucio, disuria y fiebre. La fimosis requiere de la circuncisión o postectomía, mientras que las adherencias prepuciales se pueden beneficiar de su liberación incruenta y oportuna.

EL ESCROTO

Puede presentar varias anomalías desde malformaciones raras como la ectopia inguinal o en el muslo, la bifidés y la ambigüedad sexual; la misma que requerirá de una evaluación completa del sexo, antes de ser corregida. El escroto puede estar aumentado de tamaño o vacío. En el primer caso, es usual encontrar un hidrocele no comunicante, el mismo que se produce por la inmadurez de los plexos del cordón espermático, que no reabsorben adecuadamente el líquido producido por la vaginal. En este caso, hay acumulación de líquido entre la vaginal

y la albugínea, sin producción de dolor ni trastorno del estado general del niño. El hidrocele no comunicante puede ser observado hasta los 6 y aún 12 meses de edad ya que, en la mayor parte de casos, no requiere de tratamiento clínico ni quirúrgico para su resolución. Sólo en el caso de persistir más allá de los 12 meses, se procederá a la intervención quirúrgica, la cual consiste en abrir la vaginal e invertirla.

La persistencia del conducto peritóneo-vaginal diversas modalidades de presentación: el hidrocele comunicante, es decir la comunicación de la vaginal con la cavidad peritoneal a través de un conducto peritóneo-vaginal estrecho; el líquido peritoneal llena este espacio, dando el aspecto de un hemiescrotos lleno de líquido que se continúa hacia arriba como un mango renitente que llega hasta el nivel del orificio inguinal profundo. En el quiste de cordón, un muy estrecho conducto peritóneo-vaginal persistente, se amplía en su segmento inferior en cualquier punto del cordón espermático, dando el aspecto de una tumoración quística e indolora. Por definición existe hernia asociada. Finalmente, la hernia ínguino escrotal no es más que la presencia de un conducto peritóneo-vaginal muy amplio, que puede permitir el paso de un asa intestinal, la cual puede encarcerarse y aún estrangularse, especialmente en los 6 primeros meses de edad.

Toda persistencia del conducto peritóneo-vaginal debe ser operada en cuanto es diagnosticada (hernia inguinal, hidrocele comunicante, quiste del cordón).

LA TORSION DEL CORDON TESTICULAR

Es poco frecuente en la etapa neonatal, así como la torsión de un hidátide, pero deben ser tomados en cuenta cuando se evalúa un dolor abdominal o escrotal en el niño. Se encuentra un testículo doloroso a la palpación y al levantarlo es más doloroso (signo de Prehn); el testículo está más alto que el del lado sano y está rodeado de líquido. Si la torsión del testículo es completa, al cabo de 6 horas, éste se ha lesionado de tal manera, que se produce la atrofia irreversible. En ocasio-

nes, puede observarse pacientes que presentaron una peritonitis prenatal (meconial) en las que se aprecia calcificaciones intraescrotales.

En la peritonitis neo-natal puede también apreciarse radiológicamente la presencia de gas intraescrotal, cuando existe perforación de víscera hueca. Los tumores testiculares en el período neo-natal son excepcionales y, generalmente, corresponden a carcinomas embrionarios.

No debe puncionarse el escroto aumentado de tamaño, por el riesgo de contaminar el líquido intraescrotal (hidrocele, quiste de cordón) y más grave aún, el de perforar un asa intestinal introducida a través del conducto peritóneo-vaginal permeable, produciéndose así una peritonitis yatrogénica de consecuencias impredecibles.

TESTICULOS MAL DESCENDIDOS

En el recién nacido con escroto vacío, especialmente cuando se trata de prematuros, debe verificarse la presencia de testículos no descendidos. Es importante diferenciar el testículo retráctil que es normal, del testículo ectópico, de la criptorquidia y del testículo inguinal superficial que requerirán descenso quirúrgico antes de los 2 años de edad, ya que obedecen a un obstáculo anatómico.

La administración de gonadotropina coriónica en dosis menores a 10.000U resulta insuficiente en el 80o/o de casos y, en dosis mayores a 10.000U produce lesiones irreversibles del parénquima testicular: hay aumento de peso y talla a expensas de la fibrosis peri-tubular, lesión de células de Leydig y vacuolización de las espermatogonias. El aparente beneficio conseguido con el descenso del testículo retráctil, tiene lugar a expensas de un riesgo yatrogénico mayor. No hay que olvidar que los pacientes con criptorquidia y ectopia bilaterales, son portadores de hernia inguinal asociada en el 75 y 100o/o de casos, respectivamente. El tratamiento precoz de la hernia evitará la ingrata sorpresa de una estrangulación intestinal más frecuente antes de los 6 meses de edad.

MALFORMACIONES ANO-RECTALES

Parte del examen rutinario del periné será el pasar una sonda suave de caucho por el orificio anal, hasta obtener meconio. Esta práctica permitirá descubrir precozmente una malformación ano-rectal. Esta puede estar asociada a una fístula recto-urinaria en el varón o recto-vestibular en el sexo femenino. En la malformación ano-rectal alta e intermedia, en el varón, con o sin fístula y, en la misma patología sin fístula en el sexo femenino, se debe realizar la colostomía urgente en el ángulo esplénico del colon. En las malformaciones ano-rectales bajas, se realizará la plastia anal, en el período neo-natal.

En pacientes que presenten anomalías de perineales en la época neonatal, hay que realizar además el estudio radiológico complementario de vías urinarias, cuando se trate de alteraciones del pene, del periné y de la región sacro-coccígea.

El teratoma sacro-coccígeo es el tumor más frecuente ubicado entre la cara posterior del recto y la cara anterior del sacro. El tacto rectal permitirá reconocerlo y la radiografía simple de abdomen, en posición lateral, en ocasiones permitirá descubrir calcificaciones. El tratamiento es la extirpación quirúrgica del tumor.

CONCLUSIONES

Al examen rutinario del periné del recién nacido debe incluirse la verificación sistemática de la permeabilidad de los orificios naturales. La fimosis debe diferenciarse de las adherencias prepuciales para evitar circuncisiones innecesarias y parafimosis. La persistencia del conducto peritónico-vaginal, en cualquiera de sus formas de presentación clínica, requiere tratamiento quirúrgico. Los hidroceles no deben ser puncionados. El testículo retráctil es normal y debe diferenciarse de la ectopía, criptorquidia y testículo inguinal superficial, que requieren corrección quirúrgica. No debe intentarse el tratamiento hormonal. La malformación ano-rec-

tal debe ser correctamente valorada antes de intentar el tratamiento quirúrgico en el recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

1. Sieber, W.K., Sukarochana, K., Wiener, E.S.: Anormalidades perineales en el neonato. *Clínicas de perinatología*. 1: 135, 1978.
2. Rowe, M.I., Marchildon, M.B.: Inguinal hernia and hydrocele in infants and children. *Surg. Clin. N. Amer.* 61: 5, 1137, 1981.
3. Pellerin, D., Bertin, P. y cols.: Técnicas de Cirugía Pediátrica. *Toray Masson*, 1981.
4. Mengel, W., Knorr, D.: Cryptorchism. *Progress Ped. Surg.* 10: 289, 1977.
5. Ashby, E.C.: Diagnosis and management of testes in the superficial inguinal pouch. *Lancet*. 1: 468, 1978.
6. Bierich, J.R., Roger, K., Ranke, N.B.: Nakdescensus testis: Colloquium at Tubingen February 14 1976. *Urban & Schwarzenberg*, 1977.
7. Douglas, F., Smith, S., Smith, D.: Ano-rectal malformations in children. *Year Book Medical Publishers, Inc.*, 1971.
8. Scharli, A.F., Holschneider, A.M., Kraeft, H., Illi, O.: Causes of post-operative mortality in ano-rectal malformations: Analisis and conclusions regarding therapy. *Progress in Ped. Surg.* 13: 225, 1979.