

MALFORMACIONES ANORRECTALES: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA, HONDURAS.

Anorectal Malformations: diagnosis and treatment. A five years experience. Honduras.

Roberto Antonio Martínez Quiroz¹, David Alexander Montoya-Reales²,
Josué Fernando Rodas Andino.²

¹ Cirujano Pediatra. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Escuela Universitario.

² Médico General, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

RESUMEN. Introducción: Las malformaciones anorrectales (MAR) son un espectro de trastornos raros del recto y del ano, con anatomía variable y resultados impredecibles a largo plazo. El objetivo de este estudio fue revisar retrospectivamente la clasificación, el diagnóstico y la experiencia quirúrgica de las malformaciones anorrectales. **Material y métodos:** Incluimos en este estudio todos los pacientes con malformación anorrectal nacidos en el periodo 2010-2015. **Resultados:** En este estudio se incluyó a una serie de 70 niños, de los cuales 31 eran hombres y 39 mujeres. En los pacientes varones, 38,71% (12) tenían fístulas perineales, 25,81% (8) tenían fístulas uretrales y 25,81 (8) tenían fístulas rectocuellovesical, sin fístula 9,68% (3). En las mujeres, el 7,69% (3) tenían fístulas perineales, el 61,54% (24) tenían fístulas rectovestibulares. Cinco pacientes no presentaron fístula (12,82%). Las anomalías asociadas estaban presentes en 35,71% (25) pacientes, y la mayoría de las anomalías asociadas fueron genitourinarias y cardiovascular. Las complicaciones postoperatorias se relacionaron con Anorrectoplastia Sagital Posterior (PSARP) en el 40% (9,3%) de los pacientes. No hubo mortalidad. **Discusión:** La Malformación anorrectal en la etapa neonatal puede abarcar un amplio espectro de malformaciones asociadas, que afectan tanto a niños como a niñas. Se han producido avances significativos en el manejo de las malformaciones anorrectales, sin embargo, muchos pacientes aún presentan complicaciones en la técnica operatoria, con frecuencia catastróficas, potencialmente evitables.

Palabras claves: Anomalías congénitas. Colostomía. Ano imperforado.

INTRODUCCIÓN

La MAR comprenden un amplio espectro de defectos congénitos que van desde aquellos con un excelente pronóstico funcional, hasta anomalías complejas, y difíciles de manejar, a menudo asociadas con otras malformaciones, y un mal pronóstico funcional.¹

En el desarrollo embriológico existe, en un principio, un reservorio común (cloaca) para el tracto urinario y el intestino distal, apareciendo después un tabique uorrectal que desciende hasta contactar con el periné, induciendo la formación y perforación del ano.² En las MAR se asume que los defectos ocurren entre la 4ª y la 8ª semana de gestación. La falta de permeabilización de la parte anal de la membrana cloacal da lugar a las formas bajas o leves como fístulas perineales o membrana anal. Los defectos altos se deben a la imperfecta separación por el tabique uorrectal de los componentes anterior (urogenital) y posterior (recto primitivo) de la cloaca. Suele haber una comunicación entre el recto y la uretra o vejiga en el varón y entre el recto y el aparato urogenital en la mujer.³

La etiología de las MAR aún no está clara. La mayoría de los investigadores asumen que su etiología es multifactorial.⁴

La frecuencia es de 1:5000 nacidos vivos.⁵ Existe una ligera preponderancia masculina.⁶ El riesgo estimado para que una pareja tenga un segundo hijo con MAR es de aproximadamente el 1%.⁷

En 2005, se realizó una reunión internacional en Krickenberg para acordar una nueva clasificación simplificada para MAR. Según esta clasificación, los principales grupos clínicos incluyen fístula perineal, fístula rectouretral (a la uretra prostática y bulbar), fístula recto-cuello vesical, fístula vestibular, cloaca, sin fístula y estenosis anal. Las variantes raras / regionales se clasificaron como colon de bolsa, atresia / estenosis rectal, fístula rectovaginal, fístula de tipo H y otras.⁸

En las niñas, la MAR más frecuente es ano imperforado con fístula rectovestibular.⁹ En niños es ano imperforado con fístula rectouretral.⁷

Las MAR se encuentran como defectos de nacimiento congénitos aislados, como parte de un síndrome o asociados con otras anomalías.¹⁰ Las anomalías asociadas pueden estar presentes en hasta 60-70% de los casos.¹¹ La mayoría de las anomalías involucradas son aquellas que también forman parte de la asociación VACTERL (vertebral, cardíaca, traqueoesofágica, renal y extremidades). Aunque se encuentran síndromes en aproximadamente el 10% de los pacientes, la mayoría de MAR es no sindrómica.¹²

Recibido para publicación el 01/2016, aceptado el 02/2016

Dirección para correspondencia: Dr. David Alexander Montoya Reales. Tel: 9592-4213. Barrio Belén 11 calle, 15 avenida, casa 1136. Comayagüela, Honduras. Código postal 12101. Correo electrónico: dami7@me.com

DECLARACIÓN DE FINANCIAMIENTO Y DE CONFLICTO DE INTERESES: El financiamiento fue provisto por los propios autores y declaran no tener conflicto de intereses.

El tratamiento de esta patología es siempre quirúrgico.¹³ El procedimiento quirúrgico utilizado a nivel mundial para la reparación de esta malformación es la Anorrectoplastia Sagital Posterior (ARPSP) descrita por Peña.¹⁴ Dado los numerosos avances en la cirugía, los resultados postoperatorios son satisfactorios, pero algunos pacientes mantienen disfunciones intestinales, como estenosis, incontinencia, manchado, distensión abdominal, constipación, diarrea y enterocolitis, y en algunos casos, una combinación de ellos.¹³

El objetivo de este estudio fue revisar retrospectivamente la clasificación, el diagnóstico y la experiencia quirúrgica de las malformaciones anorrectales en el Hospital Escuela Universitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo. La población de estudio fue de 70 menores de 18 años de ambos sexos. No se hizo ningún tipo de muestreo ni cálculo de tamaño de muestra, pues se abarcó toda la población menor de 18 años con diagnóstico de Malformación anorrectal atendidos en el Hospital Escuela Universitario-Bloque Materno Infantil desde 01 enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2015. La fuente de la información fue la historia clínica. Se caracterizaron según edad de diagnóstico, sexo, lugar de nacimiento, número de hijo, condición socioeconómica, edad de la madre, lugar de procedencia de la madre, tipo de malformación anorrectal, malformaciones congénitas asociadas, tiempo transcurrido desde que se diagnosticó la malformación y su reparación, tipo de abordaje realizado, usos de colostomía, tipo de colostomía utilizada, complicaciones pos operatorias mediatas, inmediatas, tardías, días Intrahospitalarios; la información se recolectó mediante una encuesta.

La información recopilada fue digitada en una base de datos electrónica construida en Epi Info Versión 7.1.5 (CDC, Atlanta EUA), una vez realizado el control de calidad de la base de datos y limpieza final, se utilizó el módulo análisis, parte del mismo software para generar un reporte estadístico compuesto por tablas simples.

Para la realización de la investigación se mantuvieron los principios éticos fundamentales de autonomía, principios de beneficencia y la justicia. La información se trató y analizó de forma anónima por los investigadores.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se encontraron 70 pacientes con MAR, los datos demográficos de los pacientes: edad del diagnóstico, sexo, condición socioeconómica se muestran en el cuadro 1.

En cuanto al lugar de nacimiento de los pacientes Francisco Morazán representa el primer lugar con 31.43% (22 casos), en segundo lugar, Comayagua y Olancho con 15.71% (11 casos) cada uno, Intibucá con 8.57% (8 casos) en tercer lugar.

El 20% (14 casos) de los pacientes con MAR eran el primer hijo de la pareja, el 18.57% (13 casos) el segundo hijo, 45.71% (32 casos) no fueron consignados.

La edad de la madre de los pacientes fue < de 19 años 20% (14 casos), entre 20 a 29 años 28.57% (20 casos), entre 30 a 39 años 10% (7 casos), 41.43% (29 casos) fueron no consignados.

En cuanto al lugar de procedencia de las madres de los pacientes Francisco Morazán representa el primer lugar con 25.71% (18 casos), en segundo lugar, Comayagua y Olancho con 10% (7 casos) cada uno, Intibucá y valle con 4.29% (3 casos) cada uno en tercer lugar, un 28.57% (20 casos) no fueron consignados.

En el cuadro 2 se muestra el tipo de malformación anorrectal según el sexo.

En el cuadro 3 se recogen los datos descriptivos de los pacientes: Malformaciones asociadas, tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la reparación, tipo de abordaje, uso de colostomía, tipo de colostomía utilizada, estudios diagnósticos realizados.

Cuadro 1. Datos demográficos de los pacientes con malformación anorrectal. Hospital Escuela Universitario, enero 2010-diciembre 2015.

Datos demográficos		N: 70	%
Edad de Diagnóstico	Lactante Menor	15	21.43%
	Pre-escolar	1	1.43%
	Recién Nacido	54	77.14%
Sexo	Femenino	39	55.71%
	Masculino	31	44.29%
Condición socioeconómica	No pobre	6	8.57%
	Pobre	64	91.43%

Cuadro 2. Malformación anorrectal en menores de 18 años. Hospital Escuela Universitario, enero 2010-diciembre 2015.

	Malformación Anorrectal				
	Masculino		Femenino		
	N:31	%	N:39	%	
Fístula perineal	12	38.71%	Fístula vestibular	24	61.54%
Fístula recto cuello vesical	8	25.81%	Ano imperforado sin fístula	5	12.82%
Fístula recto uretra prostática	4	12.90%	Fístula perineal	3	7.69%
Fístula recto uretra bulbar	4	12.90%	Atresia Rectal	2	5.13%
Ano imperforado sin fístula	3	9.68%	Cloaca con canal común > 3cm	3	7.69%
Atresia Rectal	0	0.00%	Cloaca con canal común < 3cm	2	5.13%

Cuadro 3. Datos descriptivos de los pacientes con malformación anorrectal. Hospital Escuela Universitario, enero 2010-diciembre 2015.

Datos descriptivos		N: 70	%
Malformaciones asociadas	Si	25	35.71%
	No	45	64.29%
Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la reparación	Mayor 1 año	44	62.86%
	Menor 1 año	23	32.86%
	No Realizada	3	4.29%
Tipo de abordaje	Sagital Posterior	63	90.00%
	Laparotomía	6	8.57%
	N/A	3	4.29%
	Laparoscópica	0	0.00%
Uso de colostomía	Si	68	97.14%
	No	2	2.86%
Tipo de colostomía utilizada	Otro sitio	7	10.00%
	Tipo Peña	63	90.00%
Estudios diagnósticos realizados	No Consignado	39	55.71%
	USG Abdomen	17	24.29%
	Colostograma	12	17.14%
	Ecocardiograma	8	11.43%
	Rx de columna lumbo-sacra	5	7.14%
	Ninguno	1	1.43%

N/A: No Aplica.

Nota: En 2 pacientes se realizó RPSP y laparotomía. En varios pacientes se realizaron más de un estudio diagnóstico.

En el cuadro 4 se muestra las malformaciones congénitas asociadas Genitourinarias, Cardiovasculares, Vertebrales, Extremidades, Gastrointestinales. Ninguno de nuestros pacientes presentó síndrome de Down.

Las complicaciones posoperatorias de los pacientes se agruparon en inmediatas, mediatas y tardías. El 8.57% (6 casos) presentó complicaciones inmediatas, 8.57% (6 casos) complicaciones mediatas y 22.86% (16) complicaciones tardías.

Dentro de las complicaciones inmediatas se encontró estenosis 85.7% (6 casos), fístula vagina, vía urinaria, cutánea 14.3% (1 caso), en las complicaciones mediatas se encontró dehiscencia 85.7% (6 casos), infección de la herida 14.3% (1 caso) y en las complicaciones tardías se encontró constipación 52.38% (11 casos), ensuciamiento (Manchado) 23.81% (5 casos), incontinencia fecal 14.29% (3 casos), obstrucción intestinal 9.52% (2 casos). En varios pacientes se diagnosticó más de una complicación posquirúrgica.

En 10 pacientes (14.49%) fue necesaria una reintervención.

La estancia hospitalaria media fue de 10.33 días, con un rango de 1 a 40 días. No hubo mortalidad.

DISCUSIÓN

La MAR ha sido un desafío para los cirujanos pediátricos durante varias generaciones.² Las malformaciones anorrectales constituyen un espectro malformativo infrecuente que se pre-

Cuadro 4. Malformaciones asociadas de los pacientes con malformación anorrectal. Hospital Escuela Universitario, enero 2010-diciembre 2015.

Malformaciones asociadas		N: 37	%
Genitourinarias	Hidroureteronefrosis	8	21.62%
	Agenesia renal	6	16.22%
	Reflujo vesicoureteral	2	5.41%
	Otros	1	2.7%
Cardiovasculares	Hipospadia	1	2.7%
	CIA, CIV, PCA	7	18.92%
	Tetralogía de Fallot	2	5.41%
Vertebrales	Otros	1	2.7%
	Meningocele	1	2.7%
Extremidades	Sindactilia	2	5.41%
	Otros	1	2.7%
	Polidactilia	1	2.7%
Gastrointestinales	Otros	4	10.81%

CIA: Comunicación Interaricular, CIV: Comunicación Interventricular, PCA: Persistencia del Conducto Arterial.

Nota: Varios pacientes tenían más de una malformación asociada.

senta en el 0,2-0,3% de recién nacidos a nivel mundial. El diagnóstico de ano imperforado debe realizarse durante la exploración inicial del recién nacido, ya que un retraso en el diagnóstico ocasiona un aumento inaceptable en la morbilidad.³ 77.14% de nuestros pacientes fueron diagnosticados en las primeras horas de vida y en todos ellos se determinó el tipo de MAR.

Un recién nacido con MAR puede ser tratado inicialmente como cualquier otro recién nacido; su control de temperatura, del estado respiratorio y circulatorio, así como el de hidratación, son muy importantes en la reanimación. Una vez reanimado el paciente y controladas las variables mencionadas, se hace una exploración física completa. Hay datos anormales que orientan hacia una patología anorrectal: la ausencia del ano, el ano imperforado, un ano pequeño, un ano localizado fuera de los esfínteres; la presencia de un orificio único en el periné; presencia de meconio por entre los labios mayores en niñas, o imposibilidad para introducir una sonda o un termómetro rectal más allá de 3 cm.¹⁵

Se supone que su etiología es multifactorial con una interacción causal de factores genéticos y ambientales. Algunos investigadores estudiaron los riesgos ambientales y encontraron asociaciones entre la MAR y el consumo de alcohol materno, el humo del tabaco y la cafeína, la benzodiazepina lorazepam, la exposición paterna a los riesgos laborales. Además de estos factores, los mayores riesgos se encontraron después de la fecundación in vitro.¹⁶ Los factores estudiados en nuestra serie fueron el nivel socioeconómico donde el 91.43% de los pacientes eran pobres, el otro factor fue la edad materna la cual no tuvo representación estadística.

El tipo de MAR más frecuente en nuestra serie fue la fistula vestibular en niñas y la fistula perineal en niños, discrepando con la literatura internacional donde la fistula rectouretral es la más frecuente en niño.^{6,7}

La clasificación del defecto se diagnostica por medio de imágenes a través del Invertograma de Wangsteen y Rice que se debe realizar en el neonato, a partir de las dieciséis horas de vida y/o por medio de un ultrasonido obstétrico prenatal que demuestre la persistencia de polihidramnios que induce la búsqueda exhaustiva de malformaciones del tubo digestivo.¹⁷ En nuestro estudio los exámenes realizados para diagnosticar MAR fueron el USG abdominal y el colostograma aunque hubo un alto porcentaje en los que no se consignaron los estudios realizados.

Es importante destacar la gran cantidad de malformaciones y de complejos malformativos que se asocian en forma preferencial con las anomalías anorrectales, lo que hace imperativo estudiar con mayor profundidad a estos pacientes para descartar la presencia de otros defectos.¹⁸ Coincidiendo también con la literatura revisada, las malformaciones asociadas con más frecuencia a la MAR en nuestra serie fueron las urológicas y las cardíacas.^{19,20} Es importante el manejo integral del paciente para determinar los defectos congénitos asociados y evaluar el riesgo quirúrgico; tanto más, si existe concomitantemente una malformación a nivel de columna vertebral que afecte la funcionalidad del esfínter anal, una vez corregido.¹⁷

Las pautas para la toma de decisiones quirúrgicas en pacientes con malformación anorrectal durante el período neonatal dependen del tipo de defecto; Una ARPSP sin colostomía (reparación primaria) se recomienda para los recién nacidos con fístula rectoperineal o fístula rectovestibular en lugar de colostomía. Una reparación primaria exitosa reduce el número de procedimientos quirúrgicos y el costo, y proporciona mejores resultados cosméticos, comparados cuando estas formaciones son tratadas quirúrgicamente con tres operaciones: colostomía, ARPSP y cierre de colostomía.²¹

La colostomía en niños se utiliza principalmente para desviar el flujo fecal para descompresión, en condiciones de emergencia, y para proteger el tracto colorrectal inferior después de una reparación reconstructiva. La mayoría de los pacientes con malformaciones anorrectales reciben una colostomía protectora antes de la reparación principal para evitar la contaminación. Peña y col reportaron que el 32.9% de las colostomías fueron realizadas en el sigmoides, 21.2% en el colon sigmoides, ellos recomiendan el uso de colostomía del colon descendente.²² En nuestra serie el 90% de los pacientes se le realizó una colostomía tipo Peña.

En nuestra serie las complicaciones más frecuentes fueron constipación (11 casos), estenosis (6 casos), dehiscencia (6 casos), ensuciamiento (Manchado) (5 casos), incontinencia fecal (3 casos). En varios pacientes se diagnosticó más de una complicación posquirúrgica. En un estudio realizado por Peña y col. Encontraron que las complicaciones que requirieron reoperación incluyeron estrechez o atresia adquirida del recto, recto irreconocible, fístula recurrente, persistente o adquirida del recto a una estructura urogenital vecina, o a la piel perineal, sinus urogenital persistente.²³ Sólo en 10 pacientes (14.49%) fue necesaria una reintervención.

La MAR en la etapa neonatal puede abarcar un amplio espectro de malformaciones asociadas, que afectan tanto a niños como a niñas. Se han producido avances significativos en el manejo de las malformaciones anorrectales, sin embargo, muchos pacientes aún presentan complicaciones en la técnica operatoria, con frecuencia catastróficas, potencialmente evitables.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA: RAMQ, DAM-R y FJRA contribuyeron en igual proporción en la recolección de datos, así como en la redacción del artículo.

REFERENCIAS

- Samuk Inbal, Bischoff Andrea, Hall Jennifer, Levitt Marc, Peña Alberto. Anorectal malformation with rectobladder neck fistula: A distinct and challenging malformation. *J Pediatr Surg.* 2016; 51: 1592–1596.
- Fatahi Bandpey M.L., Moreno Flores A., Palacios Moya P. El colostograma distal a presión en el manejo radiológico de las malformaciones anorrectales. *Cir Pediatr.* 2014; 27: 62-67.
- Moreno Hurtado C., Amat Valero S., Fuentes Bolaño N., Núñez Núñez R., Blesa Sánchez E., Cavaco Fernandes R. Acumulación de neonatos con malformación anorrectal en 2011. ¿Solo azar? *Cir Pediatr.* 2012; 25: 187-192.
- Kluth Dietrich. Embryology of anorectal malformations. *Semin Pediatr Surg.* 2010; 19, 201-208.
- Jiménez-y Felipe Joel H. Malformaciones Ano-Rectales. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2010; 27(1): 48-51.
- Levitt, Marc A. and Peña, Alberto. Anorectal Malformations. In: Coran Arnold G., Adzick Scott N, Laberge Jean-Martin, Shamberger Robert, Caldamone Anthony. *Pediatric Surgery, 2-Volume Set, Elsevier-Mosby, 7e, 2012: 1289-1309.*
- Levitt Marc A., Peña Alberto. Imperforate anus and cloacal malformations. In: Holcomb III George W., Murphy Patrick J., Ostlie Daniel J. *Ashcraft's pediatric surgery.* Saunders; 6 ed. 2014: 468-490.
- Nam So H., Kim Dae Y., Kim Seong C. Can we expect a favorable outcome after surgical treatment for an anorectal malformation? *J Pediatr Surg.* 2016; 51: 421–424.
- Breech Lesley. Gynecologic concerns in patients with anorectal malformations. *Semin Pediatr Surg.* 2010; 19 (2):139-145.
- I. de Blaauw et al. First results of a European multi-center registry of patients with anorectal malformations. *J Pediatr Surg.* 2013; 48, 2530–2535.
- Giuliani Stefano, Decker Emily, Leva Ernesto, Riccipetioni Giovanna, Bagolan Pietro. Long term follow-up and transition of care in anorectal malformations: An international survey. *J Pediatr Surg.* 2016; 51: 1450–1457.
- H.J.J. van der Steeg et al. Outcome in anorectal malformation type rectovesical fistula: a nationwide cohort study in The Netherlands. *J Pediatr Surg.* 2016; 51:1229–1233.
- Bazo Mariana y Bailez Marcela. Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con cirugía de enfermedad de Hirschsprung y malformaciones anorrectales. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111(1):37-44.
- DeVries PA, Peña A. Posterior sagittal anorectoplasty. *J Pediatr Surg* 1982; 17: 638- 43.
- Tovilla-Mercado JM, Peña-Rodríguez A. Tratamiento inicial del paciente con malformación anorrectal. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29 (3):147-50.
- Wijers Charlotte H. W. Research perspectives in the etiology of congenital anorectal malformations using data of the International Consortium on Anorectal Malformations: evidence for risk factors across different populations. *Pediatr Surg Int.* 2010; 26:1093–1099.
- Landívar Ciro Enrique, Marín Panchev Rocío, Monserrate Coello Lorena, Burgos Castillo Rina. Malformación anorrectal: a propósito de un caso. *Rev. Med. FCM-UCSG,* 2014; 18 (2):117-121.
- Nazer H Julio, Hubner G María E., Valenzuela F Pablo, Cifuentes O Lucía. Malformaciones congénitas anorrectales y sus asociaciones preferentes. Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Período 1979-

1999. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 519-25.
19. Sanchez Sabrina, Ricca Robert, Joyner Byron, Waldhausen John H.T. Vesicoureteral reflux and febrile urinary tract infections in anorectal malformations: A retrospective review. *J Pediatr Surg.* 2014; 49: 91–94
 20. Estors Sastre B., Bragagnini Rodriguez P., Fernández Atuan R., González Martínez-Pardo N., Elías Pollina J. Valoración clínica de la incontinencia fecal en pacientes intervenidos de malformación anorrectal. *Cir Pediatr* 2015; 28: 15-20
 21. De la Torre-Mondragón Luis, Bañuelos-Castañeda Claudia, Santos-Jasso Karla, Ruiz-Montañez Alejandro. Unexpected megarectum: A potential hidden source of complications in patients with anorectal malformation. *J Pediatr Surg.* 2015; 50:1560–1562
 22. Pena Alberto, Migotto-Krieger Melissa, Levitt Marc A. Colostomy in anorectal malformations: a procedure with serious but preventable complications. *J Pediatr Surg.* 2006; 41: 748– 756
 23. Peña Alberto, Grasshoff Sabine, Levitt Marc. Reoperations in anorectal malformations. *J Pediatr Surg.* 2007; 42, 318– 325.

ABSTRACT. Introduction: Anorectal malformations (ARM) are a spectrum of rare disorders of the rectum and anus, with variable anatomy and unpredictable long-term outcomes. The aim of this study was to retrospectively review the classification, diagnosis and surgical experience of anorectal malformations. **Material and methods:** We included in this study all patients with anorectal malformations born in the period 2010-2015. **Results:** A series of 70 children was enrolled in this study, comprising 31 male and 39 female. In the male patients, 38.71%(12) had perineal fistulas, 25.81% (8) had urethral fistulas, and 25.81% (8) had recto-bladder neck fistulas, without a fistula 9.68% (3). In the female patients, 7.69%(3) had perineal fistulas, 61.54% (24) had rectovestibular fistulas. Five patients did not have a fistula (12.82%). Associated anomalies were present in 35.71%(25) patients, and most associated anomalies were genitourinary and cardiovascular. Postoperative complications were related to PSARP in 40% (9.3%) patients. There was no mortality. **Discussion:** anorectal malformations in the neonatal stage can encompass a wide spectrum of associated malformations, affecting both boys and girls. Significant advances have occurred in the management of anorectal malformations, yet many patients still have technical, frequently catastrophic, operative complications that are potentially avoidable.

Keywords: Congenital Abnormalities. Colostomy. Anus, Imperforate.