

Procedimiento de Malone en un adulto joven con incontinencia fecal secundaria a traumatismo pélvico severo

María E. Durán¹, Santiago Bertone², Ricardo Mentz³, Juan P. Campana³

Servicio de cirugía general, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

¹ Residente de cirugía

² Cirujano especialista en paredes abdominales

³ Cirujano especialista en coloproctología

Para citar:

Durán ME, Bertone S, Mentz R, et al. Procedimiento de Malone en un adulto joven con incontinencia fecal secundaria a traumatismo pélvico severo. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1)

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista.

Recibido: 28-07-2025

Aceptado: 02-09-2025



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

María Eugenia Durán:
eugenia.duran@hospitalitaliano.org.ar

Palabras clave: Irrigación colónica anterógrada, procedimiento de Malone, incontinencia fecal
Keywords: Antegrade continence enema, Malone Procedure, Fecal Incontinence

INTRODUCCIÓN

La incontinencia anal es un trastorno que afecta significativamente la calidad de vida. En pacientes con alteración irreversible de la función esfinteriana, la irrigación colónica anterógrada puede mejorar significativamente los resultados funcionales. La cirugía de Malone, también conocida como MACE (sigla en inglés de *Malone Antegrade Continence Enema*), fue descrita por primera vez en 1990 por Paul Malone. El procedimiento original combinaba el principio de un enema colónico anterógrado para lavado del colon, con la formación de un conducto continente que pudiera fácilmente ser cateterizado a través de la pared abdominal.¹ Inicialmente, fue propuesto para niños con incontinencia fecal severa secundaria a malformaciones anorrectales congénitas o espina bífida (mielomeningocele), aunque posteriormente sus indicaciones se han extendido a otras patologías como el estreñimiento funcional, inclusive en adultos. Ofrece un enfoque alternativo para aquellos que han fracasado con los tratamientos convencionales y preferirían evitar una ostomía definitiva.²

El objetivo de esta presentación es comunicar la utilización del procedimiento de Malone como una alternativa quirúrgica válida para el manejo de la incontinencia anal en el adulto.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un hombre de 28 años con disfunción del complejo esfinteriano, secuela de un grave traumatismo pélvico por accidente de moto de alto impacto. El paciente había sido sometido a múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales y traumatológicas por una lesión compleja de la pelvis, incluida la realización de un colgajo perineal y la creación de una colostomía. Al examen físico se constató una eventración paracolostómica. La evaluación proctológica reveló una cicatriz en la región anal, con atonía completa del esfínter y protrusión de la mucosa rectal (Fig. 1A). Durante el tacto rectal, el paciente contraía los glúteos, pero no había respuesta esfinteriana. No se pudo realizar la manometría anorrectal, porque el paciente no logró contener el sensor.

La tomografía computada mostró una eventración mediana con contenido graso e intestinal y la colostomía izquierda en fosa ilíaca. La resonancia magnética nuclear evidenció atrofia e hipotrofia del complejo muscular esfinteriano y del elevador del ano, tejido fibroso en la fosa isquiorrectal izquierda y cambios en la señal del complejo esfinteriano del lado izquierdo, sugestivos de denervación. También se observó asimetría en ambas fosas isquiorrectales con atrofia de los músculos glúteos izquierdos (Fig. 1B).

El examen bajo anestesia reveló fibrosis desde hora 12 a hora 3, palpación del esfínter anal interno desde hora 3 a hora 10, ectropion de la mucosa del canal anal y ausencia de lesiones endoluminales en la anoscopia.

En base a los hallazgos, se decidió realizar una cirugía conjunta entre los equipos de coloproctología y de pared abdominal.

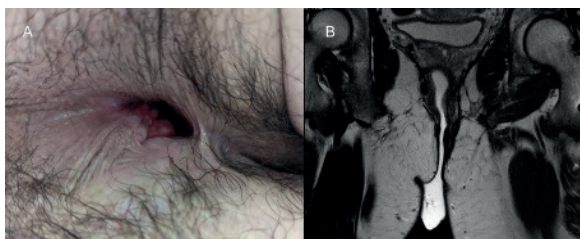


Figura 1: Estado preoperatorio del paciente. A. Defecto severo de la anatomía esfinteriana con ausencia del esfínter externo y cicatriz fibrosa retráctil entre horas 3 y 6. B. Resonancia magnética que evidencia fibrosis completa del esfínter externo y atrofia muscular.

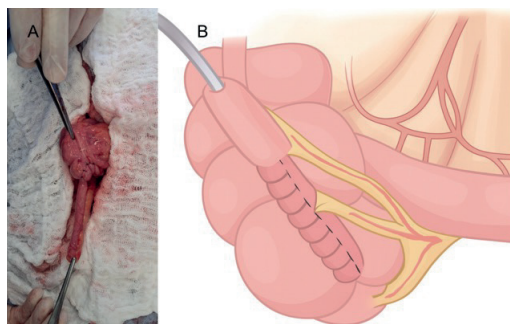


Figura 2: Técnica de Malone. A. Imagen intraoperatoria del apéndice cecal preparado para su exteriorización y plicatura del ciego en su base, que actúa como válvula antirreflujo. B. Esquema ilustrado que muestra la plicatura del ciego alrededor del apéndice para conformar un conducto continente.

El procedimiento incluyó la reconstrucción del tránsito intestinal, la eventroplastia y la técnica de Malone como alternativa terapéutica de la incontinencia anal, para evitar una colostomía definitiva y mejorar así la calidad de vida del paciente.

Como parte de la técnica de Malone, se realizó la plicatura de la base cecal, buscando crear un reservorio continente y prevenir el reflujo (Fig. 2). Se disecó cuidadosamente el mesoapéndice, preservando los vasos apendiculares para asegurar la viabilidad del apéndice, un paso crucial para el éxito a largo plazo de la técnica. Además, se exteriorizó el apéndice cecal a través de una incisión en la fosa ilíaca derecha, fijándolo a la piel. Posteriormente, se realizó la pexia del ciego al peritoneo parietal para prevenir la rotación o torsión del ciego. (Figs. 3 y 4).

El paciente evolucionó favorablemente, con una estancia hospitalaria de solo 5 días. En la evolución alejada, realiza un lavado cada 2 o 3 días y presenta una adecuada sensibilidad tanto para líquidos como para gases, sin escurrimiento y con una excelente calidad de vida.

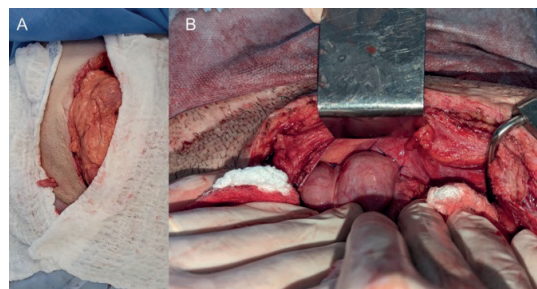


Figura 3: Técnica de Malone. A. Exteriorización del apéndice cecal por fosa ilíaca derecha. B. Pexia del ciego a la pared abdominal, luego de la exteriorización apendicular que evita rotaciones y filtraciones hacia la cavidad abdominal.



Figura 4: Técnica de Malone. Aspecto postoperatorio del abdomen mostrando el apéndice cecal exteriorizado en fosa ilíaca derecha, con la sonda de irrigación colocada.

DISCUSIÓN

El enema de continencia anterógrada es un ostoma colónico proximal que permite el lavado anterógrado del colon para el tratamiento de la incontinencia fecal y el estreñimiento funcional. En su descripción original, la técnica combina los principios del lavado colónico anterógrado con el canal cateterizable antirreflujo de Mitrofanoff, para crear un ostoma colónico continente que permite un vaciado colónico completo y evita la incontinencia.³

La cirugía de Malone ha demostrado ser una alternativa válida para el tratamiento de la incontinencia debido a disfunción del esfínter anal al permitir la instauración de un régimen de lavados intestinales mediante a través del apéndice. Este procedimiento, no requiere una colostomía permanente y puede restaurar en cierta medida la continencia en pacientes seleccionados.

La guía 2023 de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto (ASCRS 2023) propone un abordaje escalonado para la incontinencia fecal que incluye medidas conservadoras, terapias mínimamente invasivas y opciones quirúrgicas. La neuromo-

dulación sacra (SNS) es la alternativa con mejor evidencia de eficacia y seguridad a largo plazo.⁴ Si bien inicialmente se consideraba que la integridad del esfínter era necesaria, estudios posteriores demostraron que también puede ser eficaz en presencia de defectos parciales. Como detalla la guía ASCRS 2023 se ha reportado éxito de la SNM en pacientes con defectos esfinterianos de hasta 120 grados. Nuestro paciente no tenía fibras viables en todo el hemiano izquierdo lo que hacía muy poco probable una respuesta adecuada a esta técnica. La guía también destaca la utilidad de la irrigación transanal, particularmente en pacientes con disfunción neurogénica o tránsito intestinal alterado, aunque su aplicación se ve limitada en anatomías severamente comprometidas. Por otro lado, la colostomía definitiva continúa siendo una opción segura y eficaz para controlar la incontinencia, pero con un impacto psicosocial considerable, especialmente en adultos jóvenes. Finalmente, el procedimiento de Malone constituye una alternativa quirúrgica destinada a generar continencia mediante la creación de un acceso para irrigación anterógrada. En el caso presentado, esta técnica ofreció una solución funcional que permitió alcanzar continencia y evitar la necesidad de una colostomía definitiva.

La bibliografía respalda que el procedimiento de Malone representa una opción eficaz para pacientes con incontinencia fecal secundaria a trauma o disfunción intestinal, con mejoras sustanciales en la calidad de vida tanto en población pediátrica como adulta. En niños con tránsito intestinal lento o disfunción intestinal neuropática, estudios como el de Bani-Hani et al.,⁵ con 236 pacientes con una mediana de seguimiento de 50 meses, reportaron una alta tasa de éxito, logrando la continencia en el 94 % de los casos, con una tasa de revisión quirúrgica del 17 % y alta tasa de satisfacción general. Hoekstra et al.⁶ documentaron que el 86 % de los niños y sus familias estaban satisfechos con los resultados, con una notable reducción en los episodios de incontinencia tras la intervención. Asimismo, Yerkes et al.⁷ reportaron una satisfacción del 89 %, con mejoras significativas en la higiene personal, la integración social y la autonomía del paciente, logrando una continencia fecal completa o casi completa en el 77%.

En adultos con enfermedad neurogénica intestinal, Teichman et al.⁸ comunicaron que el 83 % (n = 6) de los pacientes se sentían satisfechos con el resultado y calificaron su calidad de vida como superior tras el procedimiento. Además, la revisión sistemática de Patel et al.,² que incluyó 15 estudios con un total de 374 pacientes adultos, concluyó que el enema de continencia anterógrado constituye una alternativa terapéutica segura, eficaz y bien tolerada para el tratamiento tanto de la incontinencia fecal como del estreñimiento funcional, con mejoras clínicas consistentes y un perfil aceptable de satisfacción.

En conjunto, estos datos brindan un respaldo contundente al procedimiento de Malone no solo para lograr control de la continencia en porcentajes elevados sino para mejorar la autonomía, reducir el impacto psicosocial y elevar la satis-

facción del paciente y su familia en distintos rangos etarios y etiologías clínicas. Por ello, en pacientes seleccionados, especialmente aquellos refractarios a otras alternativas o que rechazan la ostomía definitiva, el procedimiento de Malone debería contemplarse como una opción válida y potencialmente transformadora.

CONCLUSIONES

El presente caso destaca la relevancia de la cirugía de Malone como una opción terapéutica en la población joven con incontinencia anal. Proporciona evidencia sobre la importancia de personalizar las estrategias quirúrgicas para mejorar la calidad de vida. Este procedimiento debe considerarse una alternativa válida en pacientes seleccionados que han fracasado con tratamientos convencionales y buscan evitar una ostomía definitiva.

Contribuciones: MED: recopilación y organización de datos clínicos, investigación, redacción del borrador original; SB y RM: revisión y edición; JPC: investigación, redacción final y edición, supervisión.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Durán ME: <https://orcid.org/0009-0000-7315-9344>

Bertone S: <https://orcid.org/0000-0003-4349-0793>

Mentz R: <https://orcid.org/0000-0002-6746-8869>

Campana JP: <https://orcid.org/0000-0002-0420-5906>

REFERENCIAS

1. Graf JL, Strear C, Bratton B, Housley HT, Jennings RW, Harrison MR, et al. The antegrade continence enema procedure: a review of the literature. *J Pediatr Surg.* 1998;33(8):1294-6.
2. Patel AS, Saratzis A, Arasradnam R, Harmston C. Use of Antegrade Continence Enema for the Treatment of Fecal Incontinence and Functional Constipation in Adults: A Systematic Review. *Dis Colon Rectum.* 2015;58(10):999-1013.
3. Malone PS, Ransley PG, Kiely EM. Preliminary report: the antegrade continence enema. *Lancet.* 1990;336(8725):1217-8.
4. Paquette IM, Varma MG, Kaiser AM, Steele SR, Rafferty JF. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Fecal Incontinence. *Dis Colon Rectum.* 2023;66(6):663-687.
5. Bani-Hani AH, Cain MP, Kaefer M, Meldrum KK, King S, Johnson CS, et al. The Malone antegrade continence enema: single institutional review. *J Urol.* 2008;180(3):1106-10.
6. Hoekstra LT, Kuijper CF, Bakx R, Heij HA, Aronson DC, Benninga MA. The Malone antegrade continence enema procedure: the Amsterdam experience. *J Pediatr Surg.* 2011;46(8):1603-8.
7. Yerkes EB, Cain MP, King S, Brei T, Kaefer M, Casale AJ, et al. The Malone antegrade continence enema procedure: quality of life and family perspective. *J Urol.* 2003;169(1):320-3.
8. Teichman JM, Zabihi N, Kraus SR, Harris JM, Barber DB. Long-term results for Malone antegrade continence enema for adults with neurogenic bowel disease. *Urology.* 2003;61(3):502-6.