

V. FISTULAS PERIANALES

Dr. Rafael Manzur, Profesor Adjunto

Clínica Quirúrgica II.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Hugo C. Viglianco, Médico residente.

Clínica Quirúrgica II.

Hospital Central, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se estudian 32 casos de patología anal, siendo 23 casos de fístulas y 9 abscesos perianales. En las fístulas encontramos 17 del tipo interesfíntérico y 6 transesfíntérico; no hemos tenido casos de supraesfíntéricos ni transesfíntéricos.

Los abscesos curaron con drenajes simples; las fístulas se operaron por: fistulotomía, fistulectomía y operación de Parks. Se recalcan las bondades de esta última operación y sus ventajas.

SUMMARY

Thirty-two cases of anal pathology are studied, 29 cases of anal fistulas and 9 cases of perianal abscess. Seventeen of the anal fistulas were intersphincteric and 6 transphincteric.

There were no suprasphincteric no transphincteric types registered.

The anal abscesses were simple drained; the anal fistulas were treated by: fistulotomy and fistulectomy and Parks' technique. The advantages of this last operation are remarked.

MATERIAL DE ESTUDIO Y METODO

En el Servicio Cátedra del Hospital Central de Mendoza, desde el año 1978 al año 1981, se han registrado 32 casos de fístulas y abscesos perianales, siendo 23 casos de fístulas solamente, en 5 casos asociados abscesos y fístulas, y en 9 casos por abscesos en margen de ano.

En nuestro estudio, 26 pacientes fueron de sexo masculino y 6 de sexo femenino, lo que hace una relación de 4 a 1 (fig. 1).

El motivo fundamental de consulta fue como sigue (fig. 2):

- Dolor: 21 casos.
- Derrame purulento: 12 casos.

- Tumor inflamatorio: 10 casos.
- Prurito: 8 casos.
- Fiebre: 5 casos.

De esto se desprende que el principal motivo de consulta fue el dolor, acompañado de derrame purulento, y solamente el 20 % de los casos presentó síndrome febril. El tumor inflamatorio se ve en el 30 % de los casos; en un paciente hubo retención urinaria, motivado por la infección y congestión pélvica.

En cuanto al número de síntomas cardinales, no concuerda con el de pacientes, debido a que en varios de ellos se observaron dos o más de estos síntomas.

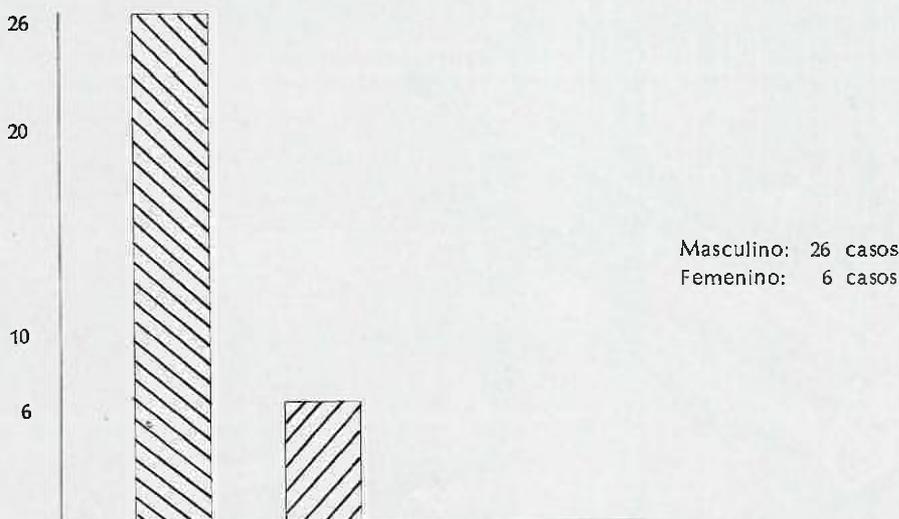


Figura 1. Esquema que demuestra la predominancia masculina de las fístulas y abscesos perianales.

Síntomas	Dolor	Derrame purulento	Tumor inflamatorio	Prurito	Fiebre
Nº de casos	21	12	10	8	5

Figura 2. Esquema que muestra los distintos síntomas por los que consultan los pacientes con fístulas o abscesos perianales.

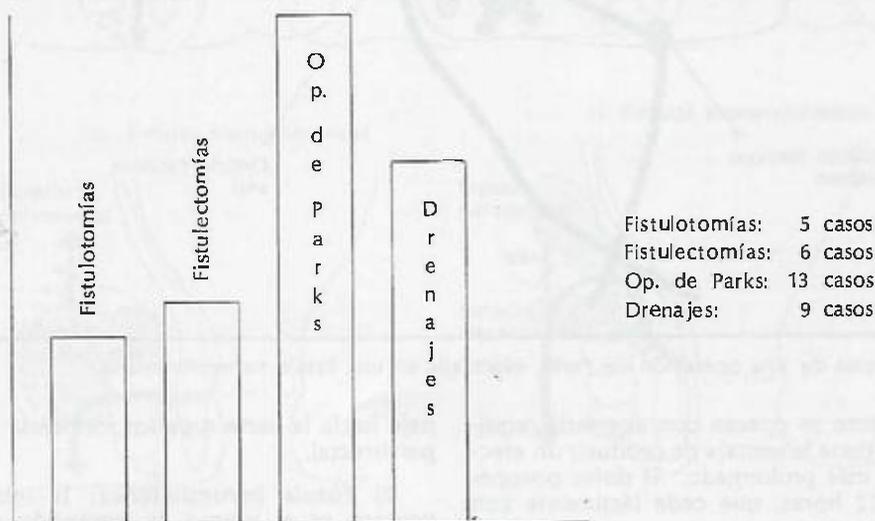
TRATAMIENTO INSTITUIDO

En nuestras series se han realizado los siguientes procedimientos:

- Operación de Parks: 15 casos.
- Drenaje: como única operación en 9 casos.

- Fistulectomía: 6 casos
- Fistulotomía: 5 casos.

En uno de los casos se hizo un drenaje del absceso; a los meses se reopera el paciente de su fístula con el método de Parks (fig. 3).



Fistulotomías: 5 casos
 Fistulectomías: 6 casos
 Op. de Parks: 13 casos
 Drenajes: 9 casos

Figura 3. Esquema que muestra las distintas operaciones que se efectuaron en el tratamiento de las fístulas y abscesos perianales.

Fistulotomía (5 casos): consiste en la abertura de la fístula y curetaje, que se hace en las fístulas submucosas y sin compromiso muscular.

Fistulectomía (6 casos): consiste en la resección de la cripta enferma con su hemorroide satélite; disección y descenso de la mucosa y sutura de la misma al esfínter interno. El trayecto se reseca, quedando el lecho cruento como avenamiento.

Operación de Parks (13 casos): consiste en resección de la cripta enferma con su hemorroide satélite, disección de la mucosa, sección de un trozo de esfínter interno de 1 cm, sobre la dirección del trayecto fistuloso con el objeto de destechar el absceso interesfinteriano; este trayecto fistuloso es atravesado en su totalidad por un hilo de seda o nailon grueso que sale por el orificio interesfintérico y se anuda en forma suelta y cumple sólo la función de drenaje. La mucosa anal disecada se sutura nuevamente al músculo (fig. 4).⁽²⁾

Drenaje (9 casos): consiste en la incisión en cruz que hacemos sobre los abscesos perianales, recortando los ángulos del entrecruzamiento de la piel, con el objeto de evitar el cierre prontamente; dejando un drenaje de gasa yodoformada

para favorecer la formación de un trayecto que facilita el avenamiento.

Con gran sorpresa hemos visto que la mayoría de estos abscesos han curado con drenaje y no han terminado en fístulas, como sería su evolución natural.

RESULTADOS

Todos nuestros enfermos han tenido un buen resultado alejado; es importante aclarar que las fístulas superficiales curan muy fácilmente.

En los casos en que se practicó fistulectomía, en comparación con la operación de Parks, no se ha observado diferencia, respecto del dolor y tiempo de estadía en el hospital.

Sin embargo consideramos que la operación de Parks tiene ventajas de orden técnico, sobre todo en aquellas fístulas de orden transesfinterianas, en que los métodos de resección pueden traer lesiones musculares con complicaciones de tipo de la incontinencia anal, para materia fecal y gases.

En nuestros 13 casos en que se practicó la operación de Parks no hubo complicaciones, los enfermos fueron dados de alta antes de los 7 días del posoperatorio.

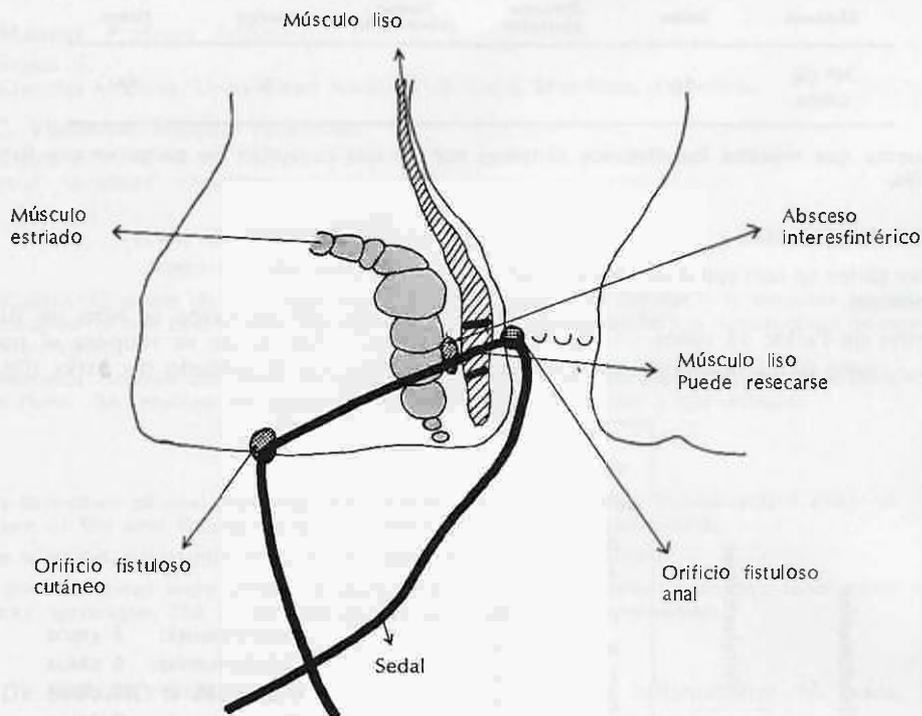


Figura 4. Esquema de una operación de Parks, efectuada en una fístula transesfinteriana.

Generalmente se operan con anestesia raquídea baja, que tiene la ventaja de producir un efecto analgésico más prolongado. El dolor posoperatorio dura 12 horas, que cede fácilmente con analgésicos comunes.

Cuando usamos anestesia general, el despertar es más doloroso a nivel del ano y requiere medicación con meperidina y sedantes por 24 horas, para producir analgesia.

Se inicia al día siguiente alimentación del paciente y se asocia vaselina líquida para facilitar una catarsis intestinal que debe hacerse con el enfermo internado; no damos nunca de alta al enfermo sin haber defecado previamente.

DISCUSION

Fisiopatología

Las fístulas de ano se dividen fisiopatológicamente en (fig. 5): (3, 1)

- 1) Fístulas interesfintéricas
- 2) Fístulas transesfintéricas
- 3) Fístulas supraesfintéricas
- 4) Fístulas extraesfintéricas

1) *Fístula interesfintérica*: es aquella que se inicia como criptitis e inflamación de la glándula anal, pasaje de la infección hacia la zona interesfinteriana, con formación de un absceso primario, que puede buscar salida hacia la región externa, atravesando el celular subcutáneo, sin comprometer el músculo estriado; o puede buscar su dre-

naje hacia la parte superior formando un absceso pelvirrectal.

2) *Fístula transesfintérica*: la iniciación del proceso es el mismo, la formación de absceso intermuscular, también; pero el trayecto fistuloso se hace a través del músculo estriado (por lo que se llama transesfintérica), con formación de un absceso en la fosa isquiorrectal, el cual busca su trayecto hacia el exterior, formando una verdadera fístula transesfintérica, o el absceso puede buscar su salida atravesando el haz puborrectalis del elevador y formar un absceso pelvirrectal.

3) *Fístula supraesfintérica*: en su iniciación es igual a las anteriores. Una vez formado el absceso intermuscular su trayecto de drenaje, lo hace hacia la fosa pelvirrectal; atraviesa el haz puborrectalis del elevador y se abre en la piel perianal.

Es decir que la fístula supraesfintérica se diferencia de la fístula transesfintérica en que no compromete el esfínter estriado del esfínter anal.

4) *Fístula extraesfintérica*: es aquella que se produce en forma totalmente diferente de las anteriores, es decir que no afecta ni la cripta ni produce un absceso interesfintérico. Su orificio interno está en la ampolla rectal, busca su trayecto, comprometiéndolo el espacio pelvirrectal, atravesando el haz puborrectalis del elevador, pasa a través de la fosa isquiorrectal y drena a la piel del margen del ano.

Este orificio interno se ve generalmente como complicación de enfermedades diverticulares, de colitis ulcerosa, de colitis granulomatosas (enfermedad de Crohn), de traumatismos, de cuerpos

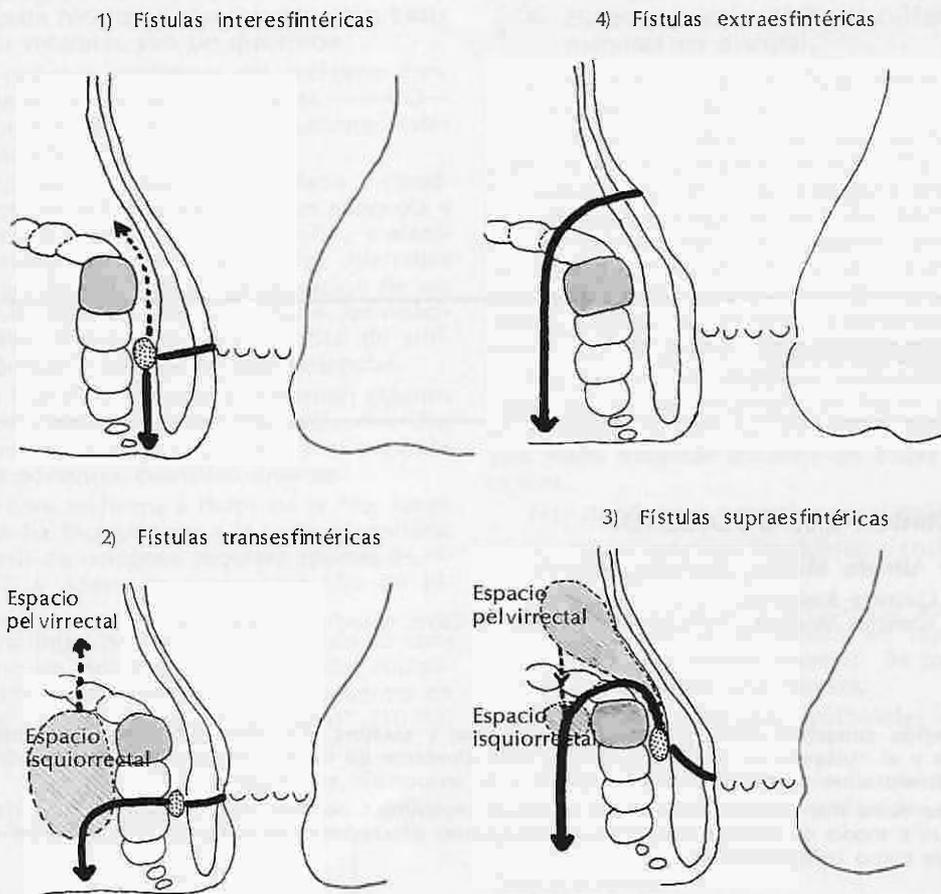


Figura 5. Fisiopatología de las fístulas y sus distintas variedades.

extraños (espinas de pescados), o pueden ser producidas como complicación de las otras tres que busquen el drenaje del absceso pelvirrectal a través de la ampolla rectal.

Nosotros, en nuestra casuística, hemos tenido 17 casos de fístulas interesfintéricas, en las cuales se practicaron 7 operaciones de Parks, 5 fistulotomías y 6 fistulectomías. En un paciente fue con doble fístula y en el mismo se realizó fistulotomía y método de Parks.

En uno de nuestros pacientes se encontraron tres orificios fistulosos externos y uno solo interno o anal, el cual se operó con el método de Parks; porque si en este enfermo se hubiera realizado fistulectomía con sección del esfínter a

distintos niveles del músculo, hubiese quedado con una incontinencia permanente.

No hemos tenido ningún caso de fístula supraesfintérica. Estas fístulas son muy difíciles de tratar, porque comprometen el haz puborrectalis, y las secciones del mismo traen series consecuencias en la dinámica muscular anal, pero con el método de Parks se obvia esta sección muscular; sería la operación de elección.

No tuvimos ningún caso de fístula extraesfintérica; aquí el orificio interno está en la ampolla rectal, y como la misma es una zona de alta presión, no cierra nunca con sólo drenarla, hay que completar el tratamiento con una operación descompresiva; es decir, con un ano contranatura temporal.⁽⁴⁾

BIBLIOGRAFIA

1. Marks, C. G., y Ritchie, Jean K.: "Anal fistulas". *At. St. Mark's Hospital. Br. J. Surg.*, vol. 64:84-91, 1977.
2. Parks, A. G.: "The Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano". *Br. Med. J.*, 1, 463-469, 1961.
3. Parks, A. G.; Gordon, P. H., y Hardcastle, J. D.: "A classification of fistula-in-ano". *Br. J. Surg.*, vol. 63:1-12, 1976.
4. Parks, A. G., y Stitz, R. W.: "The treatment of high fistula-in-ano". *Dis. Colon Rectum*, 19, 487-499, 1976.