Abscesos anorrectales y fístula anal 26

PHILIP H. GORDON

Los abscesos anorrectales y la fístula anal tienen una causa común. En verdad, para describir este problema se ha utilizado la denominación de absceso fistuloso. El absceso es un estado agudo mientras que la fístula es un estado crónico.

Para apreciar el origen y las ramificaciones de abscesos y fístulas resulta crucial comprender la anatomía del piso pélvico. El piso pélvico consiste en dos estructuras infundibuliformes situadas una dentro de la otra. La estructura interna es el extremo inferior del músculo circular del recto, que se hace grueso y redondeado y pasa a denominarse esfínter interno. Rodeándolo hay un "embudo" muscular del piso pélvico formado por el elevador del ano, el puborrectal y el esfínter externo. Entre estas dos estructuras está el plano interesfinteriano. En la porción media del conducto anal, a la altura de la línea dentada, los conductos de las glándulas anales se abren en las criptas.

Numerosas situaciones pueden desempeñar un rol etiológico en la formación de un absceso fistuloso. La causa más común probablemente sea la infección de las glándulas anales.[6,21] Parks y Morson demostraron infección de glándulas anales en el 70% de sus casos y evidencias histológicas sugestivas de este origen en otro 20%, haciendo un total de 90% atribuible a infección de glándulas anales (véase fig. 26-1).[21] La obstrucción de estos conductos, ya sea secundaria a materia fecal, a cuerpos extraños o a traumatismos, dará como resultado estasis e infección. Goligher y col. hallaron abscesos interesfinterianos en solamente 23% de los abscesos anorrectales, lo que sugiere que esta causa es menos a menudo la precursora.[10] Sin embargo, la teoría del origen criptoglandular es sustentada por el hecho de que el orificio primario interno se halla a nivel de la línea dentada (pectínea).

El recorrido más frecuente de una fístula es desde la mitad del conducto anal hacia abajo por el plano interesfinteriano, hasta el orificio anal. La infección puede superar la barrera del músculo esfínter externo, con lo cual penetra en la fosa isquioanal o bien puede extenderse hacia arriba en el plano interesfinteriano, sea para quedar en la pared rectal o extenderse fuera del recto (fig. 26-2). Además del recorrido hacia arriba o hacia abajo, el pus puede rodear circunferencialmente al ano. Este pasaje puede ocurrir en uno de tres diferentes planos tisulares, siendo el más común de ellos la fosa isquioanal. El recorrido comienza en la línea media posterior del conducto anal, penetra en la masa esfinteriana y luego desciende en dos ramas, una en cada fosa isquioanal. Esta extensión circunferencial se denomina "en herradura"; puede ocurrir además en el plano interesfinteriano o en los tejidos pararrectales por encima de los músculos elevadores (fig. 26-3).

DIAGNÓSTICO

Historia

Un absceso fistuloso puede ser agudo o crónico. El paciente con absceso agudo se presenta con intenso dolor e inflamación en la región anal. El dolor aparece cuando se sienta o se mueve y generalmente se agrava con la defecación e inclusive con la tos o los estornudos. La historia clínica puede revelar un episodio de diarrea previa. La sintomatología general incluye malestar y pirexia. En los pacientes con supuración anorrectal, los síntomas de presentación más comunes incluyen dolor (93%), inflamación (50%) y hemorragia por vía rectal (16%).[33] Otros síntomas comprenden: descarga anal purulenta, diarrea y fiebre. El dolor de un



Fig. 26-1. Corte grueso (500 μm) a través del conducto anal que muestra una glándula anal (*flecha*) que penetra en el esfínter interno. En la capa muscular longitudinal la glándula se divide en ramas terminales cortas; alrededor de éstas se observa tejido linfoideo teñido de forma intensa (4 ×). (De Parks, A. G.: Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. *Br. Med. J. 1*:463, 1961.).

absceso interesfinteriano generalmente es pulsátil y continúa duante el día y la noche. La defecación lo agrava pero dura más que el ocasionado por fisuras. Puede haber sangrado anal menor. Cuando hay descarga purulenta ella se debe a la salida de pequeñas cantidades de pus por el conducto anal.

En el estado crónico, el paciente brindará una historia de un absceso que se rompió espontáneamente o bien requirió drenaje. El paciente advierte un pequeño seno que descarga pus o bien que el pus le produce excoriación de la piel y prurito. Con la defecación puede haber dolor y también sangrado debido al tejido de granulación en la región de la abertura interna del proceso. En orden de frecuencia decreciente, los síntomas de presentación en pacientes con fístula anal son: descarga de pus (65%), dolor (34%), inflamación (24%), sangrado (12%) y diarrea (5%).[32]

Examen físico

En la fase aguda se observan los signos cardinales de la inflamación con rubor, calor, tumor y dolor. En caso de absceso interesfinteriano puede faltar la tumefacción. El examen anal puede ser muy doloroso o imposible pero en algunos casos sugiere la presencia de una masa. Algo que puede ayudar a diferenciar entre absceso interesfinteriano y fisura anal aguda es que en caso de absceso pueden estar agrandados los ganglios inguinales y ser dolorosos.[3] Cuando el dolor es severo pero se desconoce la causa, el examen bajo anestesia no sólo está justificado sino que está indicado. No proceder así permitiría la extensión del absceso. En un absceso del área supraelevadora puede diagnosticarse una masa pelviana dolorosa por examen rectal o vaginal. El examen del abdomen puede revelar signos de irritación peritoneal porque el peritoneo pélvico forma el techo del espacio supraelevador.

En el estado crónico usualmente puede verse una salida al exterior en forma de elevación rojiza de tejido de granulación, con descarga purulenta serosanguínea. La cantidad de orificios de salida, y su relación con el conducto anal, pueden revelarnos considerable información. De acuerdo con la regla de Goodsall, si existe una abertura posterior al plano coronal (frontal), probablemente la fístula se origina en la línea media dorsal, pero si la abertura es anterior es posible que la fístula venga directamente desde la cripta más cercana. Es probable que las aberturas que se observan a ambos lados del conducto anal, surjan de una cripta en la línea media posterior, con fístula en forma de herra-

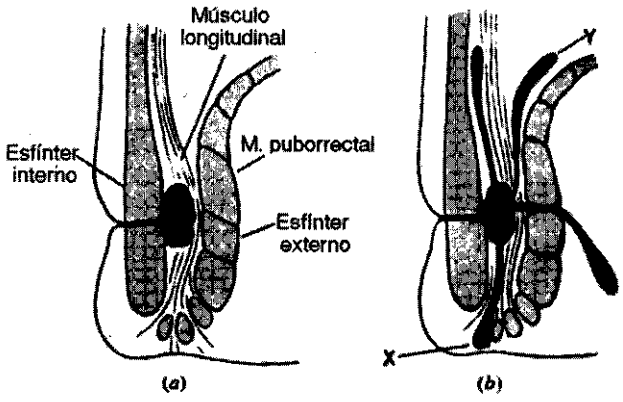


Fig. 26-2. Extensión de la infección desde el absceso primario en la glándula anal **(a)** hacia los tejidos circundantes **(b)**. El recorrido más común es el señalado con *X* y el más raro es el *Y*. (De Parks, A. G.: Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. *Br. Med. J. 1*:463, 1961.)

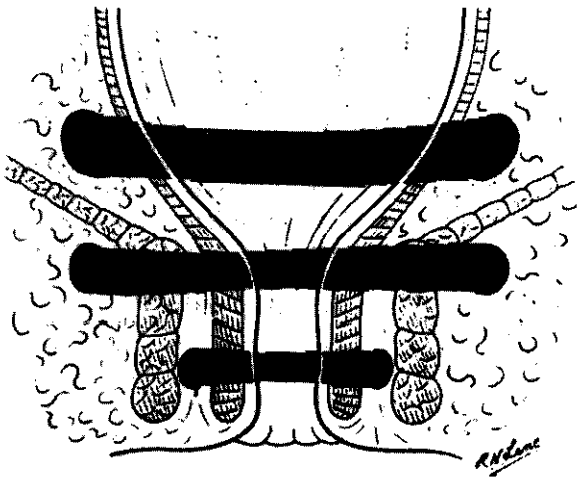


Fig. 26-3. Esquema que ilustra los tres planos en los cuales puede ocurrir la extensión circunferencial o en forma de "herradura". (De Parks, A. G., Gordon, P. H. y Hardcastle, J. F.: A classification of fistula-in-ano. *Br. J. Surg. 63*:1, 1976.)

dura (fig. 26-4). La mayor parte de las fístulas primarias (58%) se encuentran en las caras posterior o anterior del conducto anal.[32] Un orificio de salida adyacente al borde del ano puede sugerir un trayecto interesfinteriano, mientras que una salida ubicada más lateralmente sugiere un trayecto transesfinteriano. Cuanto mayor sea la distancia del orificio de salida desde el borde anal, mayor será la probabilidad de una extensión complicada hacia planos superiores.

Puede percibirse una estructura en forma de cordón justo por debajo de la piel, la cual va desde la abertura secundaria hasta el conducto anal. La palpación adicional puede revelar una extensión circunferencial, que será reconocida por un anillo de induración que abraza en forma de herradura al cabestrillo del músculo puborrectal. En el conducto anal se podría palpar una fosita, indicativa de una abertura interna. En raras ocasiones podemos percibir un nódulo resultante de un absceso interesfinteriano crónico.

Si se hace un sondeo, será muy delicadamente con el fin de evitar falsas vías; es mejor no hacerlo sino en la sala de operaciones. Después de introducir con suavidad una sonda en la fístula, si ésta es baja pasará al conducto anal con un ángulo de aproximadamente 30° respecto a la piel. El pasaje de la sonda con un ángulo de 80° respecto de la piel o bien casi paralelo al conducto anal, indica la presencia de una fístula "alta" o por lo menos la extensión hacia el área supraelevadora o isquioanal de una fístula "baja". Las aberturas primarias se localizan

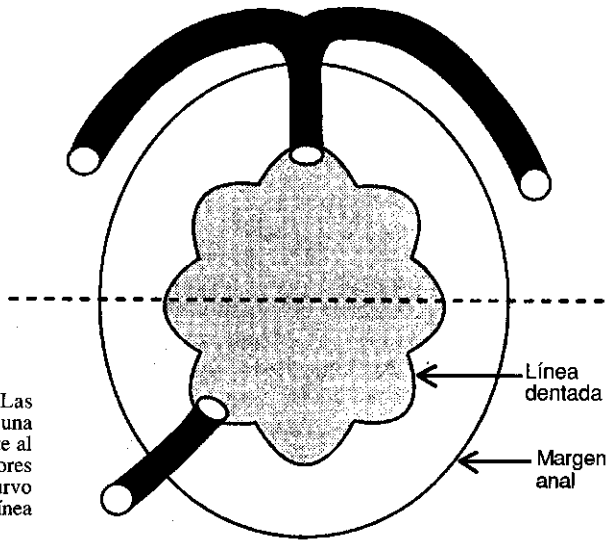


Fig. 26-4. Esquema de la regla de Goodsall. Las aberturas secundarias de las fístulas anteriores a una línea transversal por lo general llevan directamente al conducto anal, mientras que las aberturas posteriores a esta línea habitualmente siguen un recorrido curvo hacia la línea media posterior a la altura de la línea dentada.

exitosamente con sonda en dos tercios de los pacientes; en los restantes se usa azul de metileno o búsqueda de tejido de granulación.

Anoscopia y sigmoidoscopia

Existen por lo menos tres razones por las cuales debe hacerse anoscopia y sigmoidoscopia. Primera, la anoscopia puede ayudar a identificar la abertura interna en el conducto anal. Segunda, la endoscopia ayuda a distinguir entre abertura en el conducto anal y abertura en el recto. Tercera, la sigmoidoscopia permite examinar la mucosa rectal con el fin de determinar la presencia de una proctocolitis de base, si existe.

Estudios con rayos X

En la mayoría de los pacientes que se presentan con fístula anal el examen radiológico es de valor limitado. Sin embargo, está indicado un enema de bario en pacientes con antecedentes de síntomas intestinales y en los que presentan una fístula anal recurrente. La fistulografía puede ser útil para delinear una fístula extraesfinteriana de origen pélvico o para la evaluación de pacientes con fístulas recurrentes.[19]

ABSCESOS ANORRECTALES

Características microbiológicas

Muchos cirujanos consideran que la identificación de microorganismos agresores en la sepsis anorrectal es perder tiempo, esfuerzos y dinero. No obstante, Grace y col. creen que es importante para el pronóstico respecto del desarrollo de una fístula.[12] En su investigación, ninguno de los pacientes en quienes se aislaron del pus gérmenes derivados de la piel tuvo fístula anal; por el contrario, se observó fístula anal en el 54% de los pacientes en quienes se aislaron del pus gérmenes derivados del intestino.

Incidencia y clasificación

Los abscesos anorrectales son más comunes en hombres que en mujeres, por una relación de 2:1[11,25] a 3:1.[33] Como los diferentes autores usan diferentes clasificaciones, es difícil conocer la incidencia exacta de cada tipo. En mi caso uso la siguiente clasificación: 1) perianal, 2) isquioanal, 3) interesfinteriano y 4) supraelevador.

En la mayoría de las series los abscesos perianales constituyen el tipo predominante, pero en una revisión que hice de 117 pacientes consecutivos con supuración anorrectal, la distribución de abscesos encontrada fue la siguiente: perianales, 19%; isquiorrectales, 61%; interesfinterianos, 18%, y supraelevadores, 2%.[33] En una revisión de 200 abscesos efectuada por Ellis,[8] los tipos mencionados fueron: perianales, 54,5%; isquiorrectales, 39%; submucosos (o intermusculares altos), 0%; pelvirrectales, 0%, y atípicos, 6,5%. En un trabajo sobre la ubicación anatómica de las supuraciones anorrectales en 506 pacientes, Prasad y col. hallaron la siguiente distribución: perianales, 48%; isquiorrectales, 22%; interesfinterianos, 12%; supraelevadores, 9%; intermusculares, 5%, y submucosos, 4%.[23] La distribución de abscesos perianales e isquiorrectales comunicada por Ellis y por Prasad y col. fue prácticamente inversa a la observada por Vasilevsky y Gordon. No puede ofrecerse ninguna explicación satisfactoria para esta diferencia.

Papel de los antibióticos

El papel de los antibióticos es escaso o nulo en el manejo primario de la supuración paraanal. La terapia coadyuvante con antibióticos puede estar indicada en circunstancias especiales, específicamente: en pacientes con enfermedad reumática o valvular adquirida del corazón; en pacientes inmunosuprimidos; cuando la infección de tejidos blandos es inusualmente extensa, como ocurre cuando compromete el periné, la ingle, los muslos o la pared abdominal, y en pacientes diabéticos con amplia celulitis adyacente. No es necesario ni prudente esperar hasta que la fluctuación pueda ser demostrada, pues la demora simplemente ofrece al proceso inflamatorio la oportunidad de extenderse y dañar tejidos adyacentes o, más específicamente, el mecanismo del esfínter anal.

Tratamiento

Los abscesos del periné se tratan de la misma forma que los abscesos de otras partes del cuerpo, es decir, deben ser correctamente drenados. Esto por lo común se hace con una incisión en cruz o removiendo una elipse de piel sobre el absceso.

ABSCESOS PERIANALES

Un simple absceso perianal casi siempre puede ser drenado bajo anestesia local en el consultorio. La piel habitualmente se prepara con una solución antiséptica. Se determina el punto más sensible y se anestesia un área de 2

cm de piel con lidocaína al 0,5% con epinefrina 1:200.000. Se hace una incisión cruciforme, la que enseguida permitirá el libre drenaje del pus. Los bordes de piel deben resecarse porque si sólo se hace una incisión, los bordes pronto se unirán y sellarán, y el absceso puede recidivar. En general no se inserta un pack pues lo único que haría es impedir el drenaje del pus. El sangrado menor puede ser fácilmente controlado por electrocoagulación. Si no se dispone de un cauterio, la aplicación de packs por unas pocas horas puede ser necesaria para controlar el sangrado (fig. 26-5).

ABSCESO ISQUIOANAL

La mayoría de los abscesos isquioanales también pueden ser incididos y drenados bajo anestesia local en un marco de paciente ambulatorio. Los abscesos extendidos pueden ser drenados mejor bajo anestesia general. Una o más contraincisiones usadas generosamente pueden drenar de manera satisfactoria la cavidad.

ABSCESO INTERESFINTERIANO

Para un absceso interesfinteriano se requiere anestesia general o regional. El tratamiento consiste en abrir el absceso, dividiendo al esfínter interno desde su extremo inferior hasta el nivel de la línea dentada o más alto, si la cavidad se extiende hasta más arriba (fig. 26-6). El simple drenaje del absceso es un tratamiento incorrecto. Esto fue demostrado claramente por Charbot y col. quienes –al revisar abscesos anorrectales recurrentes– hallaron que todos los pacientes con abscesos interesfinterianos tenían fístulas.[5]

ABSCESO (EN ESPACIO) SUPRAELEVADOR

De los diversos tipos de supuración anorrectal, el absceso supraelevador es el menos común y el más difícil de reconocer. Como no hay evidencia externa de la enfermedad, el diagnóstico puede resultar indebidamente demorado. El rasgo predominante es el dolor severo en las regiones perianal y glútea. Tal absceso puede formarse de una de las tres maneras siguientes. Es posible que se deba a la extensión hacia arriba de un absceso interesfinteriano; puede ser provocado por una extensión hacia arriba de un absceso isquioanal o bien puede resultar de una enfermedad pélvica como diverticulitis perforada, enfermedad de Crohn o apendicitis.

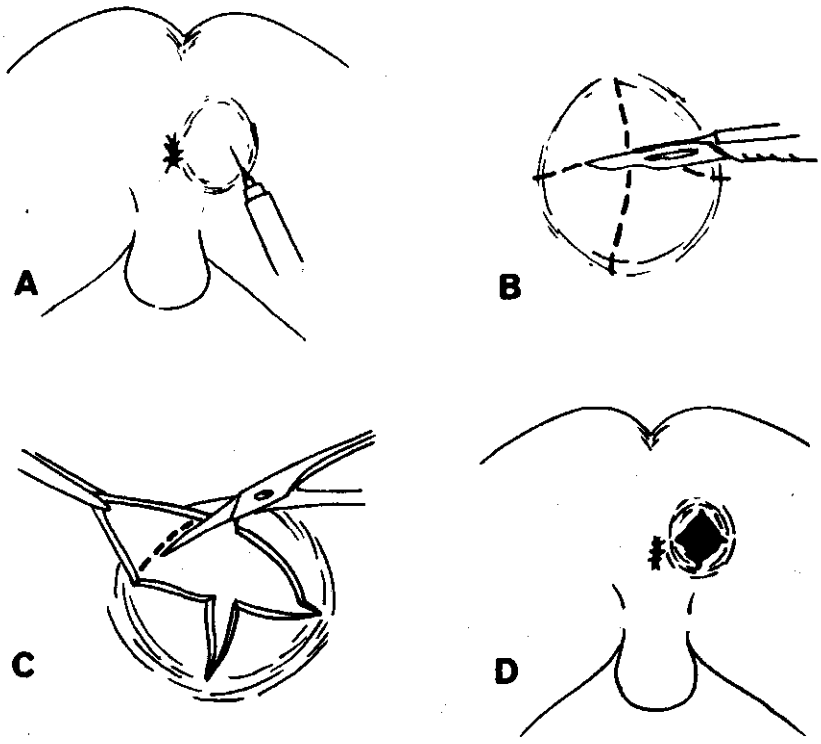


Fig. 26-5. Incisión y drenaje de un absceso perianal o isquioanal. **A.** Infiltración de anestésico local. **B.** Incisión cruciforme sobre el absceso. **C.** Escisión de los bordes de la piel. **D.** Cavidad del absceso abierta.

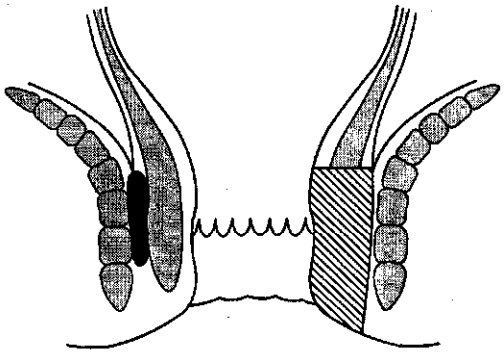


Fig. 26-6. Tratamiento de un absceso interesfinteriano.

El tratamiento depende del origen presunto del absceso. Si el absceso supraelevador es secundario a una extensión superior de un absceso interesfinteriano se lo debe drenar hacia el recto por división del esfínter interno (véase fig. 26-7). Los bordes cortados se cosen con sutura reabsorbible, como por ejemplo, catgut cromado 3-0, para controlar la hemostasia. No se usan packs. Este absceso no debe drenarse a través de la fosa isquioanal porque podría resultar una fístula supraesfinteriana difícil de manejar (fig. 26-7). Si un absceso supraelevador aparece de forma secundaria a la extensión hacia arriba de un absceso isquioanal se lo debe drenar a través de la fosa isquioanal. Los intentos por drenar este tipo de absceso hacia el recto dan por resultado una fístula extraesfinteriana, mucho más difícil de tratar (fig. 26-7). Al drenar abscesos supraelevadores de origen pélvico se debe tomar en consideración la enfermedad original. Estos abscesos pueden ser drenados por tres vías: 1) hacia el lumen del recto, 2) a través de la fosa isquioanal, o 3) a través de la pared abdominal. La elección del procedimiento depende del área hacia la cual apunta el absceso y del estado general del paciente.

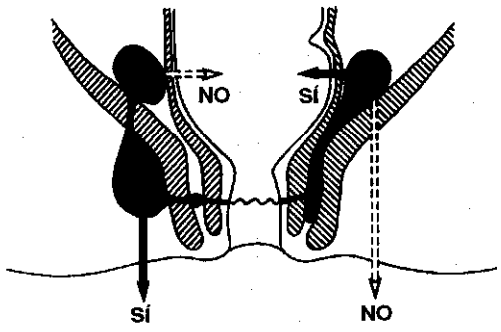


Fig. 26-7. Métodos de drenaje para abscesos situados sobre los elevadores del ano (área supraelevadora.)

ABSCESO EN HERRADURA

Las extensiones en herradura de los abscesos anorrectales pueden ocurrir en el plano interesfinteriano, en la fosa isquioanal o en el plano supraelevador. Por lo común se requiere anestesia general o regional para tratar la sepsis de esta naturaleza. El nivel de la extensión circunferencial determina la forma de tratamiento. Los abscesos en herradura del plano interesfinteriano por lo general pueden manejarse de modo satisfactorio dividiendo el esfínter interno hasta la altura de la cavidad del absceso, en la porción de la circunferencia donde el absceso sobresale, con la esperanza de exponer así la cripta de origen (véase la fig. 26-6).

Para extensiones en herradura de la fosa isquioanal el tratamiento ideal es el drenaje posterior y el uso generoso de contraincisiones en ambas fosas isquioanales. Por fortuna esta formación es extremadamente rara en el plano supraelevador. Si el absceso se forma a causa de la extensión hacia arriba de un absceso isquioanal puede requerirse el drenaje bilateral en cada fosa isquioanal.

FISTULOTOMÍA PRIMARIA VERSUS FISTULOTOMÍA SECUNDARIA

Sigue habiendo controversias en cuanto a emplear o no una fistulotomía primaria en el tratamiento de un absceso anorrectal. Algunos autores están en favor de un procedimiento en una sola etapa, en el cual se combina incisión y drenaje con fistulotomía.[1,7,13,17] Consideran que este procedimiento erradicará el origen del proceso infeccioso, con lo cual prácticamente se eliminaría el desarrollo de abscesos y fístulas anales recidivantes, que ellos creen inevitables. Los que proponen un abordaje más conservador prefieren un procedimiento en dos etapas, en el cual se realiza primero incisión y drenaje, seguidos por fistulotomía en una fecha ulterior sólo en caso necesario. Estos autores argumentan que una operación no sería necesaria y que no se debe exponer al paciente sin necesidad, al potencial riesgo de incontinencia, una consecuencia posible y temida de la fistulotomía, especialmente en presencia de inflamación aguda.[15,22,28,33]

Hallé que después del drenaje de abscesos anorrectales, el 11% de los pacientes sufría abscesos recurrentes y el 37% quedaba con fístula anorrectal, con lo que se llega así a una tasa total de recidiva o persistencia del 48%.[33] Resulta interesante hacer notar que al estudiar

un subconjunto de pacientes de ese trabajo, a los cuales se les drenó el absceso por primera vez, notamos que se desarrollaba absceso recurrente sólo en el 5% de ellos y que el 31% de esos pacientes tenía más adelante una fístula anal. De esta manera, sólo el 36% de este subconjunto de pacientes requirió una operación definitiva. Pareciera que la fistulotomía primaria no es necesaria, en especial para pacientes con absceso anorrectal tratados por primera vez. Además, la mayoría de los abscesos perianales e isquioanales pueden ser drenados usando anestesia local, lo cual elimina la necesidad de anestesia general o raquídea. El uso de anestesia local también suprime la tentación de hacer una fistulotomía. Dado que un tercio a dos tercios de los pacientes nunca más tendrán problemas, sería innecesaria una técnica primaria de apertura.[27,33]

INFECCIÓN NECROTIZANTE DE TEJIDOS BLANDOS

En raras circunstancias, la supuración anorrectal puede asumir proporciones que ponen en peligro la vida. Abcarian señaló que esto puede ser atribuido a una demora en el diagnóstico y el tratamiento; a la virulencia de los gérmenes, en particular de las bacterias anaerobias formadoras de gas; a bacteriemia y ocurrencia de infecciones metastásicas, y a enfermedades de base (p. ej., diabetes, discrasias sanguíneas).[1] El potencial letal de esta enfermedad fue bien descrito por Marks y col. en su informe acerca de 11 fallecimientos relacionados con fístula anal con absceso.[16] Para evitar la muerte estos autores recomiendan incisión y drenaje inmediatos, desbridamiento completo ignorando forma y función, anestesia adecuada y carga preoperatoria con antibióticos de amplio espectro.

Bode y col. encararon tres áreas de controversia en el manejo de infecciones perineales necrotizantes.[4] Éstas incluyen la desviación fecal, la cistostomía suprapúbica y la orquiectomía. Estos autores consideran innecesaria la desviación fecal porque un buen lavaje intestinal y la "colostomía clínica" con nutrición parenteral total o alimentación enteral evitaría la morbilidad y la mortalidad asociadas con la colostomía y con el cierre de ésta. Estas medidas ofrecen los mismos beneficios que la desviación fecal (limitación de la suciedad perineal) y conservan el estado nutricional del paciente. Los autores creen que los catéteres suprapúbicos están indicados solamente si la fuente de sepsis es una enfermedad del tracto urinario. Como la irrigación sanguínea y el drenaje venoso de los testículos ocurren por vía de los vasos espermáticos, la necrosis testicular resultante de una infección perineal fulminante es rara. Aunque a menudo es necesario el desbridamiento escrotal, los testículos pueden ser "protegidos" con su irrigación sanguínea intacta en bolsillos practicados en pared abdominal normal o muslos.

EL PACIENTE LEUCÉMICO

Las incisiones y procedimientos de drenaje mal efectuados en pacientes con leucemia aguda o leucemia crónica incontrolada pueden dar por resultado necrosis del área perineal, acompañada por septicemia y hemorragia, con el consiguiente esfacelo de toda la región de las nalgas e incontinencia fecal.

En el Memorial Hospital de Nueva York se usan dos métodos diferentes para tratar a estos pacientes extremadamente enfermos.[29] El primero de ellos combina terapia radiante con 300 a 400 rads en el transcurso de 1 a 3 días (que se repite 1 semana más tarde si la induración persiste o recidiva) y cuidados sintomáticos consistentes en baños de asiento o compresas calientes, ablandadores de las heces, analgésicos y antibióticos de amplio espectro. Esta forma de tratamiento se usa en pacientes que tienen recuento de leucocitos polimorfonucleares extremadamente deprimidos, en moribundos o en pacientes cuyas lesiones establecieron un drenaje espontáneo. La segunda de las formas de tratamiento combina terapia radiante, cirugía y cuidados sintomáticos. Los candidatos más adecuados para el tratamiento quirúrgico son los pacientes con formas crónicas de leucemia o aquellos con leucemia aguda en remisión. En una revisión de la literatura Barnes y col. comunicaron que la infección perianal en pacientes con leucemia aguda se asociaba con una tasa de mortalidad del 45 al 78%.[3] Las lesiones eran dolorosas, induradas y asociadas con retención urinaria, signos peritoneales y –en algunos casos– extensión hacia los genitales. Estos autores consideraban que su política de incisión y desbridamiento precoz contribuía a aumentar la supervivencia de los pacientes. Shaked y col. demostraron que el drenaje quirúrgico durante la agranulocitosis daba por resultado una curación lenta de las heridas, una internación más prolongada y una tasa de mortalidad más elevada que en el grupo que recibió antibióticos solamente (28% contra 18%).[30] Hallaron también que cuando se hacía incisión y drenaje después de que el recuento de granulocitos subía a más de 1.000 células/mm^3 el posoperatorio no presentaba complicaciones y la curación ulterior era buena. Los pacientes operados cuando todavía tienen granulocitopenia no muestran mejoría alguna en su estado general.

Cuidados posoperatorios

A los pacientes a quienes se les drenó un absceso bajo anestesia local se les recomienda continuar con una dieta normal, tomar baños de asiento tres o cuatro veces por día y usar un ablandador de las heces como por ejemplo un preparado de semillas de psyllium. De ser necesario se prescriben analgésicos. A estos pacientes se los cita para seguimiento para un mes más tarde, pero se les recomienda que retornen rápidamente si no disminuye el dolor. Los pacientes con abscesos interesfinterianos que fueron drenados bajo anestesia general pueden retornar a su hogar tras la primera evacuación intestinal. Se los controla cada 1 o 2 semanas hasta que la herida está completamente cerrada.

FÍSTULA ANAL

Indicaciones para su operación

La presencia de fístula anal sintomática es indicación para operar. La curación espontánea de una fístula anal es muy rara. Las fístulas sin tratar pueden generar abscesos repetidos y drenaje persistente con su morbilidad concomitante. Muy rara vez puede aparecer una lesión maligna sobre una fístula de larga data. Los pacientes con continencia anal ya comprometida pueden presentar contraindicación relativa, pues la división agregada del músculo requerida por el tratamiento podría transformar al paciente en totalmente incontinente.

Principios para el tratamiento

El objetivo de la cirugía de las fístulas consiste en curar la fístula con la menor tasa de recidiva que sea posible, con el mínimo deterioro de la continencia y en el tiempo más breve posible. Para acercarse a este ideal deben observarse una cantidad de principios. Se debe identificar la abertura primaria de la fístula. Debe determinarse la relación entre el trayecto fistuloso y el músculo puborrectal. Se procurará dividir la menor cantidad posible de músculo que sea compatible con la curación.

Clasificación

La clasificación que adopté es la descrita por Parks y col.[22] Aunque es muy detallada, brinda una precisa descripción del recorrido anatómico de los trayectos fistulosos. En consecuencia, su conocimiento actúa como guía para el tratamiento operatorio.

A continuación se incluye la clasificación de fístulas anales según Parks:

I. Interesfinteriana
   - A. Trayecto bajo, simple
   - B. Trayecto alto, ciego
   - C. Trayecto alto con abertura en el recto
   - D. Abertura rectal sin abertura en periné
   - E. Extensión extrarrectal
   - F. Secundaria a alguna enfermedad pélvica

II. Transesfinteriana
   - A. Sin complicaciones
   - B. Trayecto alto, ciego

III. Supraesfinteriana
   - A. Sin complicaciones
   - B. Trayecto alto, ciego

IV. Extraesfinteriana
   - A. Secundaria a una fístula anal
   - B. Secundaria a un traumatismo
   - C. Secundaria a una enfermedad anorrectal
   - D. Debida a inflamación pélvica

Los recorridos de estas fístulas se ilustran en la figura 26-8.

Parks y col. hallaron en una revisión de 400 fístulas, la siguiente distribución: interesfinterianas, 45%; transesfinterianas, 30%; supraesfinterianas, 20%, y extraesfinterianas, 5%.[22] A causa de que los pacientes de estas series habían sido altamente seleccionados, Parks estimó que una incidencia más representativa de la enfermedad en la población general podría ser: interesfinterianas, 70%; transesfinterianas, 23%; supraesfinterianas, 5% y extraesfinterianas, 2%. En un análisis de 160 pacientes consecutivos que fueron clasificados en el momento de ser operados por mí, la distribución de las fístulas fue la siguiente: interesfinterianas, 41,9%; transesfinterianas, 52,1%; supraesfinterianas, 1,9% y extraesfinterianas, 0%.[32] En el 8,8% de las fístulas había extensión en herradura y el 3,8% no se conformaba exactamente a la clasificación pues eran complejas o combinaciones de más de un tipo de fístula.

Técnica

Antes de cualquier tratamiento operatorio de una fístula anal es prudente verificar si el paciente tiene continencia normal. La cirugía de las fístulas tiene reputación poco envidiable a causa de los riesgos de recidiva y de deterioro de la continencia anal. En consecuencia se debe tener mucho cuidado para minimizar estos problemas. Es conveniente advertir a los pacientes acerca de esta posibilidad.

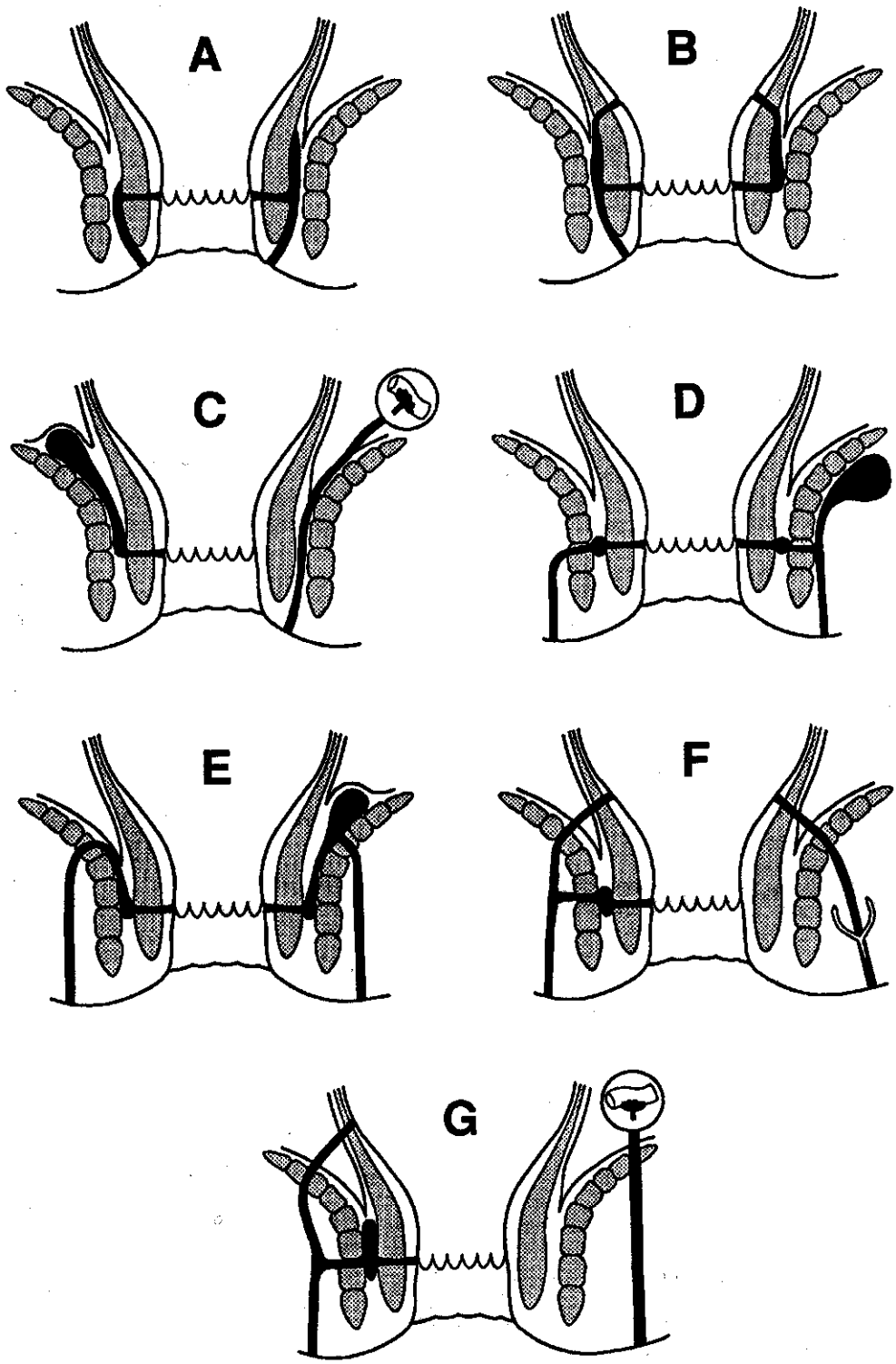


Fig. 26-8. Representación esquemática de la clasificación de las fístulas anales según Parks. **A.** Tipos 1a, 1b. **B.** Tipos 1c, 1d. **C.** Tipos 1e, 1f. **D.** Tipos 2a, 2b. **E.** Tipos 3a, 3b. **F.** Tipos 4a, 4b. **G.** Tipos 4c, 4d. (Véase discusión adicional en el texto.)

FÍSTULA SIMPLE A NIVEL BAJO

Con el paciente bajo anestesia general ligera y preferiblemente en la posición prona "en navaja" se prepara la región perianal y se la infiltra con un anestésico local, como la lidocaína al 0,5% con epinefrina al 1:200.000. En el conducto anal se inserta un espéculo anal como el bivalvo de Pratt y se identifica toda abertura interna evidente. Luego se introduce una sonda acanalada en el orificio externo y se pasa por todo el trayecto fistuloso. En caso de fístulas interesfinterianas simples y transesfinterianas bajas se divide el tejido situado por encima de la fístula, deslizando el bisturí por el surco de la sonda. Luego se curetea el tejido de granulación, que se remite para su estudio histológico. Se hace un examen cuidadoso por inspección y sondeo de las fístulas con granulación, a fines de descubrir ramas laterales o cefálicas de esos trayectos. La hemostasia se obtiene mediante electrocoagulación. A continuación se marsupializa aproximando los bordes de piel al borde de la fístula mediante sutura continua reabsorbible, como por ejemplo la cromada 3-0. Esta técnica se prefiere a la de recortar gran cantidad de piel y tejido subcutáneo, ya que consideramos que así las heridas curan más rápidamente. No se inserta ningún pack. Sobre la herida se aplica un apósito de algodón flojo para evitar que se ensucien las ropas y en lugar de cinta adhesiva se usa una atadura en T (o aun ropa interior solamente), porque aquélla es difícil de retirar, especialmente en sujetos con mucho vello.

Cuando la sonda no se pueda avanzar en todo el trayecto de la fístula, como ocurría en el 40% de los casos de Parks, se inyecta una solución de azul de metileno 1:10. Este método adicional redujo al 10% los casos en los cuales no se podía demostrar la abertura interna. Cuando a pesar de todo no se encuentre el orificio interno, la dirección general del trayecto fistuloso –demostrada por el sondeo desde la abertura externa– indicará con bastante claridad dónde está ubicada la conexión con el revestimiento del conducto anal. Los pacientes con aberturas secundarias múltiples por lo general tienen vías que se comunican entre sí y con una única cripta de origen. El sondeo por lo común demuestra esta situación.

FÍSTULA EN HERRADURA

Para una fístula en herradura la operación comienza abriendo uno de los brazos del trayecto en forma de herradura. Este procedimiento es seguido por la exposición de la extremidad posterior de la fístula y luego se "quita el techo" al otro brazo lateral. Se investiga la abertura en la pared posterior del conducto anal a nivel de la línea dentada, en forma tal de exponer la fuente primaria de la fístula. Es importante no omitir esa abertura pues de lo contrario la recurrencia será el resultado inevitable, aunque hayamos "destechado" ampliamente las vías secundarias. Si no se descubre ninguna abertura interna primaria, pero los trayectos conducen hacia la línea media posterior, probablemente lo mejor sea –basándose en la suposición de que el factor iniciador es una infección de origen criptoglandular– dividir en la parte posterior la mitad interna del esfínter interno, para exponer todas esas glándulas. Se elimina por curetaje todo el tejido de granulación de las fístulas y se inspecciona con sumo cuidado en busca de otros trayectos laterales. Se hace marsupialización pues así se reduce marcadamente el tamaño de la herida y se acelera la curación.

Los abscesos o fístulas en herradura anteriores son poco comunes, pero cuando ocurren son muy difíciles de manejar, sobre todo en mujeres. El proceso puede aparecer en una cripta de la línea media anterior y después de penetrar en los esfínteres interno y externo se lo halla en profundidad respecto a los músculos transversos del periné. Al planificar el tratamiento debemos recordar que no hay músculo puborrectal en la porción anterior y que, en consecuencia, el paciente podría tornarse incontinente con mayor facilidad a causa de una fistulotomía inmediata. En estadio agudo el absceso solamente necesita ser drenado. En el estadio fistuloso se maneja la fuente primaria del conducto anal mediante división de la mitad inferior del esfínter interno. A continuación se establece un adecuado drenaje de la fístula secundaria y se inserta un sedal. Si el trayecto fistuloso atraviesa sólo la porción inferior del esfínter externo, la reparación puede hacerse en la forma descrita para las fístulas en herradura posteriores.

COLGAJOS RECTALES AVANZADOS

En los pacientes en quienes la fístula cruza el músculo esfinteriano a nivel alto (p. ej., fístulas transesfinterianas y supraesfinterianas altas) siempre existe preocupación porque la división del músculo por debajo de la fístula podría producir considerable alteración de la continencia. Para esos casos es llamativo el renovado interés por técnicas con avance de colgajos del recto.[2,9,18,34] Los principios para la reparación incluyen: escisión de la abertura interna en el conducto anal, escisión o curetaje de los trayectos fistulosos, avance de un colgajo de mucosa y submucosa del recto hasta más allá de la abertura interna original y sutura del colgajo al conducto anal, por distal de la abertura

original. Las características más atractivas de este abordaje incluyen el hecho de que ningún esfínter tiene que ser dividido, que se evitan los defectos del contorno y que hay menos dolor porque no existe herida perineal y la curación es más rápida.

FISTULOTOMÍA VERSUS FISTULECTOMÍA

Todavía existen polémicas en cuanto a qué tratamiento operatorio es más adecuado para un paciente con fístula anal, si la fistulotomía o la fistulectomía. No insistiremos en este punto porque hay una cantidad de razones para recomendar firmemente la fistulotomía. Primero, la remoción de toda la fístula y del tejido cicatrizal adyacente sólo produciría heridas apreciablemente más grandes. Segundo, habría una separación mayor de los extremos del esfínter después de la fistulectomía, lo cual llevaría a prolongar el período de curación y a mayor posibilidad de incontinencia. Por esas razones, nos parece que este tema ya no debe originar polémicas.

SEDALES

Cuando una fístula atraviesa el esfínter a nivel alto puede considerarse más seguro no dividir todo el músculo por debajo de ella. Se corta sólo una parte del músculo y se inserta un sedal. El fundamento racional para esta maniobra es triple. El primer objetivo es el de estimular la fibrosis adyacente al músculo esfinteriano, de manera tal que cuando se complete la segunda etapa –que involucra la abertura del trayecto fistuloso– no quede ninguna brecha en el músculo. Tras la inserción de un sedal puede esperarse que la división del esfínter sea seguida por formación de cicatriz proximal a la ligadura, lo que mantendrá reunidas las fibras musculares. En realidad, esto podría haber ocurrido ya por fibrosis del trayecto fistuloso. Otro efecto beneficioso del sedal es que permite al cirujano delinear mejor la cantidad de músculo por debajo de la fístula. Con el paciente anestesiado, el operador no siempre puede estar seguro de la cantidad de músculo que hay por caudal de la fístula. El reexamen en el paciente despierto podrá revelar que queda una cantidad adecuada de músculo por encima del trayecto fistuloso. La tercera de las ventajas del sedal es que actúa como un drenaje (véase fig. 26-9).

La inserción del sedal a través del trayecto fistuloso usualmente es una maniobra sencilla. Empero, basándose en la creencia de que la patogenia de la mayoría de las fístulas anales está originada en alguna afección criptoglandular, para erradicar la fuente el esfínter interno debe ser dividido desde el nivel de la abertura interna a la altura de la línea dentada, hasta su extremo distal. Por supuesto, la piel situada por encima se divide desde este punto hasta la abertura secundaria de la fístula. A continuación se pasa una sutura no absorbible por el trayecto fistuloso. Yo he usado seda gruesa con varios nudos flojos creando así un "mango" para manejar más fácilmente el sedal. A veces, debido a la repetida manipulación durante la limpieza, el paciente puede llegar a "aserrar" el músculo. No obstante, por lo general el músculo se divide en una segunda etapa 6 a 8 semanas más tarde. Si la herida no cura bien podemos considerar la eliminación del sedal sin dividir el músculo donde está contenido.[26]

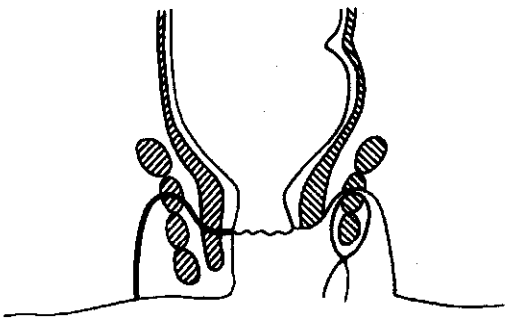


Fig. 26-9. Aplicación del sedal.

Hay una cantidad de situaciones clínicas en las cuales debe considerarse la aplicación de un sedal. Éstas incluyen: presencia de fístulas a nivel alto, fístulas anteriores en mujeres, pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal coexistente (en particular enfermedad de Crohn), individuos ancianos con esfínter marcadamente debilitado, individuos con operación previa que originó importantes cicatrices y cuando hay incertidumbre sobre la altura de la fístula o la cantidad de músculo cortado previamente y presencia de fístulas simultáneas.

Parks y Stitz evaluaron la función en 68 pacientes en los que se usó un sedal.[20] De estos pacientes a los que se insertó un sedal que fue retirado sin división adicional del músculo, el 17% se quejó de pérdida parcial del control (esfinteriano), mientras que de los pacientes que más tarde recibieron división del músculo que contenía el sedal el 39% se quejó de pérdida de control. Ramanujam y col. usaron sedales en pacientes que tenían fístulas supraesfinterianas.[24] Solamente uno de estos pacientes (2,2%) sufrió incontinencia permanente para flatos pero no para heces y la tasa de recidiva fue del 2,2% solamente.

FÍSTULA ANAL ASOCIADA CON ENFERMEDAD DE CROHN

Existe gran controversia en cuanto al manejo de pacientes con fístula anal y enfermedad de Crohn. Estas fístulas pueden ser muy complejas e involucrar diferentes grados del mecanismo esfinteriano. Los procedimientos muy amplios exponen a estos pacientes al peligro de fístulas que no curan y asimismo pueden empeorar la incontinencia anal. Al mismo tiempo debemos destacar que otros pacientes con enfermedad de Crohn tienen fístulas bastante simples que, sin embargo, les molestan mucho. En esos casos está indicada una fistulotomía para aliviar los síntomas. Si no hay enfermedad rectal, el riesgo de agravar la situación es mínimo. Las fístulas interesfinterianas simples pueden ser manejadas sencillamente y la fístulas transesfinterianas pueden ser tratadas con sedal o sin él. Sin embargo, las fístulas extraesfinterianas indican invariablemente compromiso rectal activo y por lo general la única posibilidad de control es la proctectomía.

Aunque las operaciones del conducto anal de pacientes con enfermedad de Crohn han sido consideradas como una contraindicación relativa, fueron comunicados resultados excelentes con ellas.[14,31] A pesar de esos buenos resultados y de los gratificantes resultados obtenidos en pacientes tratados por mí debo formular una advertencia contra el tratamiento radical de abscesos fistulosos en la enfermedad de Crohn. En algunos pacientes la curación tiende a demorarse; por esa causa, la resección de gran cantidad de tejido puede prolongar demasiado el período de curación.

Complicaciones de la operación por absceso fistuloso

Tras las operaciones por absceso fistuloso puede sobrevenir una larga lista de potenciales complicaciones. Mazier observó –además de la retención urinaria en 25% de sus pacientes– 5,4% de otras complicaciones que incluían: hemorragia, incontinencia, hemorroides agudas externas trombosadas, celulitis, drenaje inadecuado y formación de bolsillos, impactación fecal, recidiva de fístulas, fístulas rectovaginales, senos persistentes, formación de puentes tisulares y constricción.[16a] No obstante, si se toman precauciones estas complicaciones pueden ser reducidas al mínimo. Es mi impresión que evitar la fistulotomía primaria ayudará a disminuir estos acontecimientos desfavorables.

Cuidado posoperatorio

El cuidado posoperatorio de las heridas puede ser tan importante como el procedimiento operatorio mismo. Los objetivos principales son: correcta curación de la profundidad de las heridas y prevención del contacto y la cicatrización prematura de los bordes de piel opuestos. A los pacientes se les indica una dieta normal y se les administran analgésicos con codeína según necesidad. Además, se los instruye para que tomen tres veces por día baños de asiento para su higiene perineal y su comodidad. Se administra un laxante suave hasta la primera defecación y luego un agente formador de volumen fecal hasta que la herida esté curada.

A causa del traumatismo operatorio y la división de algunos músculos, los pacientes pueden experimentar cierta pérdida de heces en el período posoperatorio inmediato, especialmente si las heces son líquidas. En cambio, si el anillo anorrectal fue preservado, tras una semana a 10 días el control se aproxima a la normalidad.

El período de curación requerido depende de la complejidad de la fístula. Una fistulotomía simple puede curar en 4 a 5 semanas, mientras que las fístulas complejas pueden demorar varios meses para su curación. La mayoría de las fístulas no complicadas curan dentro de las 12 semanas posteriores a la operación.[32] Se observó que una cantidad de factores están vinculados con la curación prolongada. El tiempo de curación aumenta con la complejidad de la fístula. Las fístulas caracterizadas por extensiones extrarrectales o trayectos fistulosos ciegos altos demoran más en curar, al igual que las supraesfinterianas y las que tienen forma de herradura. La curación también se demora en caso de enfermedad inflamatoria intestinal. Esto no necesariamente es atribuible a la presencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en sí, sino que algunos de estos pacientes tienen tipos de fístulas más complejas.

Resultados

Son muy variados los resultados comunicados sobre cirugía de fístulas. Queda claro que los resultados dependerán de la complejidad de la fístula tratada. Una revisión de la literatura nos revela tasas de recidiva del 0 al 26%, con una expectativa más razonable entre 4 y 7%. Se informó acerca de alteraciones en la continencia desde 0 a 40%, con expectativas razonables entre 4 y 9%. Puede advertirse que a menudo hay relación recíproca entre la incidencia de recidivas y la incontinencia. Los informes con tasas de recidiva baja muchas veces citan una in-

cidencia más alta de incontinencia, mientras que los informes con tasas de recidiva más altas pueden hablar de una tasa de incontinencia baja. Resulta muy difícil comparar los resultados de estas series de pacientes a menudo muy diferentes. Muchas series numerosas tienen un seguimiento inadecuado, pues el control de muchos pacientes se pierde y en otros casos el tiempo de seguimiento es muy corto. La mayoría de los autores no define la incontinencia y el lector no puede advertir si el problema es transitorio o permanente; si el paciente es incontinente a flatos, heces líquidas o sólidas; o si ensucia sus ropas. En una serie de 160 pacientes operados por mí la única complicación posoperatoria fue el sangrado, ocurrido una semana después de la operación y que cesó espontáneamente (0,7%).[32] La alteración de la continencia ocurrió en el 6% de los pacientes y de ellos 2,6% tuvieron incontinencia temporaria para los flatos, 1,3% tuvieron incontinencia de heces líquidas y 0,7% incontinencia de heces sólidas. La pérdida permanente del control para flatos ocurrió en un paciente (0,7%) y para heces líquidas también en un paciente (0,7%). Ninguno de los pacientes tuvo pérdida de control permanente de heces sólidas. El 6,3% de los pacientes experimentó recidiva, lo que sucedió entre los 5 y los 25 meses del posoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abcarian, H.: Acute suppurations of the anorectum. *In* Nyhus, L.M. (ed.): Surgery Annual, Vol. 8. Norwalk, CT, Appleton-Century-Crofts, 1976, pp. 305–333.
2. Aguilar, P.S., Plaisencia, G., Hardy, T.G., et al.: Mucosal advancement in the treatment of anal fistula. Dis. Colon Rectum, *28*:496–501, 1985.
3. Barnes, S.G., Sattler, F.R., and Ballard, J.O.: Perirectal infections in acute leukemia. Improved survival after incision and debridement. Ann. Intern. Med., *100*:515–518, 1984.
4. Bode, W.E., Ramos, R., and Page, C.P.: Invasive necrotizing infection secondary to anorectal abscess. Dis. Colon Rectum, *25*:416–419, 1982.
5. Chrabot, C.M., Prasad, M.L., and Abcarian, H.: Recurrent anorectal abscesses. Dis. Colon Rectum, *26*:105–108, 1983.
6. Eisenhammer, S.: The internal anal sphincter and the anorectal abscess. Surg. Gynecol. Obstet., *103*:501–506, 1956.
7. Eisenhammer, S.: A final evaluation and classification of the surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistula. Dis. Colon Rectum, *21*:237–254, 1978.
8. Ellis, M.: Quoted in Goligher, J.C.: Surgery of the Anus, Rectum and Colon, 3rd ed. London, Baillière Tindall. 1975.
9. Fazio, V.W.: Complex anal fistulas. Gastroenterol. Clin. North Am., *16*:93–114, 1987.
10. Goligher, J.C., Ellis, M., and Pissidis, A.G.: A critique of anal glandular infection in the etiology and treatment of idiopathic anorectal abscesses and fistulas. Br. J. Surg., *54*:977–983, 1967.
11. Goligher, J.C.: Surgery of the Anus, Rectum and Colon, 3rd ed. London, Baillière Tindall, 1975.
12. Grace, R.H., Harper, I.A., and Thompson, R.G.: Anorectal sepsis: microbiology in relation to fistula-in-ano. Br. J. Surg., *69*:401–403, 1982.
13. Hanley, P.H.: Conservative surgical correction of horseshoe abscess and fistula. Dis. Colon Rectum, *8*:364–368, 1965.
14. Hobbiss, J.H., and Schofield, P.F.: Management of perianal Crohn's disease. J. R. Soc. Med., *75*:414–417, 1982.
15. Lockhart-Mummery, H.E.: Treatment of abscesses. Dis. Colon Rectum, *18*:650–651, 1975.
16. Marks, G., Chase, W.V., and Mervine, T.B.: The fatal potential of fistula-in-ano with abscess: analysis of 11 deaths. Dis. Colon Rectum, *16*:224–230, 1973.

16a. Mazier, W.P.: The treatment and care of anal fistulas: a study of 1,000 patients. Dis. Colon Rectum, *14*:134–144, 1971.

17. McElwain, J.W., MacLean, M.D., Alexander, R.M., et al.: Experience with primary fistulectomy for anorectal abscess; a report of 1,000 cases. Dis. Colon Rectum, *18*:646–649, 1975.
18. Oh, C.: Management of high recurrent anal fistulae. Surgery *93*:330–332, 1983.
19. Parks, A.G., and Gordon, P.H.: Perineal fistula of intraabdominal or intra pelvic origin simulating fistula-in-ano: report of seven cases. Dis. Colon Rectum, *19*:500–506, 1976.
20. Parks, A.G., and Stitz, R.W.: The treatment of high fistula-in-ano. Dis. Colon Rectum, *19*:487–499. 1976.
21. Parks, A.G.: Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br. Med. J., *1*:463–469, 1961.
22. Parks, A.G., Gordon, P.H., and Hardcastle, J.E.: A classification of fistula-in-ano. Br. J. Surg., *63*:1–12, 1976.
23. Prasad, M.L., Read, D.R., and Abcarian, H.: Supralevator abscesses: diagnosis and treatment. Dis. Colon Rectum, *24*:456–461, 1981.
24. Ramanujam, P.S., Prasad, M.L., and Abcarian, H.: The role of seton in fistulotomy of the anus. Surg. Gynecol. Obstet., *157*:419–422, 1983.
25. Ramanujam, P.S., Prasad, M.L., Abcarian, H., and Tan, A.B.: Perianal abscesses and fistulas. Dis. Colon Rectum, *27*:593–597, 1984.
26. Ross, A.M.H., and Thomson, J.P.S.: A method of external sphincter preservation in the treatment of transsphincteric fistula-in-ano. Front. Colrectal Dis., *1*:42, 1985.
27. Sainio, P.: Fistula-in-ano in a defined population; incidence and epidemiological aspects. Ann. Chir. Gynaecol., *73*:219–224, 1984.
28. Scoma, J.A., Salvati, E.P., and Rubin, R.J.: Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. Dis. Colon Rectum, *17*:357–359, 1974.
29. Sehdev, M.R., Dowling, M.D., Seal, S.H., and Stearns, M.W.: Perianal and anorectal complications in leukemia. Cancer *31*:149–152, 1973.
30. Shaked, A.A., Shinar, E., and Freund, H.: Managing the granulocytopenic patient with acute perianal inflammatory disease. Am. J. Surg., *152*:510–512, 1986.
31. Sohn, N., Korelitz, B.I., and Weinstein, M.A.: Anorectal Crohn's disease: definitive surgery for fistulas and recurrent abscesses. Am. J. Surg., *139*:394–397, 1981.
32. Vasilevsky, C.A., and Gordon, P.H.: Results of treatment of fistula-in-ano. Dis. Colon Rectum, *28*:225–231, 1985.
33. Vasilevsky, C.A., and Gordon, P.H.: The incidence of recurrent abscess or fistula-in-ano following anorectal suppuration. Dis. Colon Rectum, *27*:126–130, 1984.
34. Wedell, J., Meier zu Eissen, P., Banzhaf, G., and Kleine, L.: Sliding flap advancement for the treatment of high level fistulae. Br. J. Surg., *74*:390–391, 1987.