

ESFINTEROTOMIA POSTERIOR EN CIRUGIA ANOPERINEAL (*)

Concepto — Técnica — Estadística

Dr. Juvenal Botto

TEMARIO :

Motivo de la exposición. — Definición. — Concepto. — Bases anatómo-fisiológicas. El conducto anal en concepción dinámica: Como superficie cutáneo mucosa; En actitud relativa, en su travesía del perineo; Con sus sistemas esfinterianos y de sostén; En función. — Justificación del gesto quirúrgico. — Indicaciones. — Técnica. — Resultados. — CASUÍSTICA. — Bibliografía.

MOTIVO DE LA EXPOSICION

Este trabajo traduce la experiencia de la Clínica del Profesor Nario, en un aporte técnico complementario a la Cirugía anoperineal, gesto impuesto en base a una concepción fisiopatológica, y practicada en forma ininterrumpida, por un lapso de once años.

La experiencia lograda, la bondad de los resultados y la simplicidad del gesto, autorizan a realizar una exposición al respecto.

DEFINICION

Se entiende por esfinterotomía posterior, la sección quirúrgica de las fibras circulares del esfínter interno, liso, del ano; sección ésta que conviene realizar en la zona mediana posterior de la circunferencia anal.

CONCEPTO

Dicha sección tiene por finalidad poner en reposo el conducto anal, en la zona donde resulta más difícil hacerlo, parte

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 14 de octubre de 1953, en la sesión de homenaje al Dr. Clivio Nario.

alta del conducto, donde la presencia del esfínter interno, de tono perpetuo de músculo liso, pliega permanentemente la mucosa. Esta situación normal se exagera y llega a hipertónías espasmódicas en circunstancias patológicas, determinando diferentes perturbaciones.

En estos casos *encuentra justificación la sección esfinteriana interna: pone en reposo la región anal, con lo cual previene las molestias postoperatorias generales* (espasmo reflejo y dolor), *las repercusiones de proyección local* (recidivas lesionales, por mala cicatrización) y *regional* (constipación, retención de gases).

La esfinterotomía interna posterior constituye un gesto quirúrgico sencillo, que conviene realizar en forma sistemática casi, en Cirugía anoperineal (trat. de fístulas, hemorroides, fisuras). La Cirugía de Colon (colectomías en un tiempo, cierres de anos temporarios) es aceptada y realizada por muchos autores, concomitantemente con la esfinterotomía externa.

BASES ANATOMOFISIOLOGICAS

Significa estudiar el *conducto anal*, en concepción dinámica:

A) COMO SUPERFICIE CUTANEO MUCOSA

Recto perineal, parte terminal del Recto, puede ser considerado con Symington, el conducto evacuador de la ampolla rectal, y debe estudiarse en relación con ella.

Posee dos partes: una, superior, de origen endodérmico; otra, inferior, de origen ectodérmico. Ambas, separadas por una línea ondulada, pectínea.

La *zona superior*, de tipo intestinal, es de color rojo intenso como la mucosa de la ampolla rectal, y traduce una irrigación similar, aunque la mucosa sea diferente.

La *zona inferior* es clara, pálida, de aspecto cutáneo, aunque no posee pelos ni glándulas.

A estas diferencias embriológicas y de aspecto, corresponden diferencias anatómicas y funcionales. (1)

(1) **Vascularización:** Zona sup.: art. hem. med.; ven. sist. porta. Zona inf.: art. hem. inf.; ven. sist. cava.

Inervación: Zona sup.: Sist. nerv. visc. (simpát.-parasimp.); (sensi-

B) EN ACTITUD RELATIVA, EN SU TRAVESIA DEL PERINEO

Muy corto, de dos o tres centímetros de longitud, situado fuera de la pelvis, camina en el espesor del suelo pelviano: rige la significación del perineo posterior, cuya dinámica polariza. (1)

Oblicuo abajo y atrás, forma con la porción intrapélvica, ampular del Recto, un ángulo de 90°, cuya luz corresponde a la punta del cóccix, al que está unido por el rafe anococcígeo. En su trayectoria oblicua, atraviesa primero el diafragma de los elevadores, con los que contrae relaciones importantes; y se ubica en la misma línea que la cara superior del perineo anterior y el pubis. Rodeado en su travesía perineal por el esfínter externo, *constituye la vía de pasaje de la pared posterior de la pelvis*. Esta, extendida de la punta del sacro al borde posterior del perineo anterior (Núcleo fibroso), y desde el borde inferior de un lig. sacrociático al otro, está cerrada por un conjunto de formaciones móviles que funcionan como una unidad. *Y el conducto anal integra, a nivel de la línea media, rodeado por el esfínter externo, y*

bilidad obtusa); Zona inf.: Sist. nerv. somát. (cerebroespin). Sensibilidad exquisita, como la zona perineal vecina.

Musculatura: Z. sup.: M. circular liso (contrac. tónica permanente); Z. inf.: M. estriado, voluntario (en reposo funcional; cierre consciente o por reflejo condicionado).

Linfáticos: Z. sup.: ascendentes; Z. inf.: descendentes.

(1) El Perineo es formación músculo-esfíntero-aponeurótica de compleja funcionalidad. La distinta orientación de sus dos sectores (ant. y post.) tiene que ver con la actitud de los contornos inferiores de la caja osteoarticular, cuadrangular, pelviana, y está vinculada a su diferente significación.

El P. ant., comprendido entre las ramas isquiopubianas es, en concepción esquemática, **horizontal** como éstas, y como los cuerpos pubianos y su sínfisis que prolongan adelante las formaciones blandas.

El P. posterior forma un ángulo casi recto con aquél, y se extiende arriba verticalmente, hasta las formaciones duras que lo sostienen (sacro).

El P. anterior, posee diferente significación en el hombre que en la mujer. En el hombre es formación muy fibrosa, que se mueve poco: "soporta y resiste". El valor dinámico reside en el tejido cavernoso que, en los estados de ingurgitación, aumenta la natural resistencia perineal, hasta darle consistencia leñosa. En la mujer, la presencia del tejido cavernoso en menor proporción, no logra darla la misma configuración, aunque esté robustecido por formaciones esfinterianas porque es, en esencia, un perineo de pasaje, explicado por la fisiología del hecho sexual.

El P. posterior está, en ambos sexos, regido en su significación, por la fisiología del órgano que lo atraviesa: el conducto anal.

ALGUNAS NOCIONES ANATOMICAS

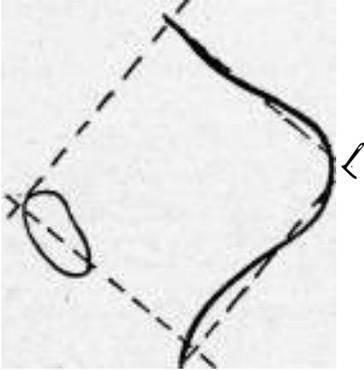


FIG. 1. — Contorno esquemático de la superficie interna de la pelvis, en corte sagital, que muestra la orientación del perineo. (de Chifflet).



FIG. 2. — El elevador, verdadero infundíbulo o copa, recoge y sostiene los órganos pélvicos; cincha retro-recto-anal, sostiene en posición al ano-recto, sobre el cual ejerce su acción de esfínter en la zona en que es más eficaz (Cunningham): frente al punto en que el recto se estrecha y cambia de dirección. (de Chifflet).

conjuntamente con el cóccix y el rafe anococcígeo, la triada móvil suspendida en sus extremos de formaciones firmes (punta del sacro y núcleo fibroso). (2)

Las relaciones del conducto anal con las fosas isquiorrectales atrás y a los lados, contribuye a comprender la dinámica regional.

C) CON SUS SISTEMAS ESFINTERIANOS Y DE SOSTEN

Varias son las formaciones músculo esfinterianas. Las descripciones clásicas han sido sometidas a revisión.

(2) Lateralmente, la pared post. pelviana está integrada por los elevadores. Estas formaciones abrazan al Recto y lo sostienen en posición.

ALGUNAS NOCIONES ANATOMICAS



FIG. 3. — El elevador, visto desde su cara perineal. Su acción esfinteriana se ejerce en base a la disposición de sus fibras y a la forma cómo termina en la periferia del conducto, incorporándose a la musculatura longitudinal del recto. (Gil Vernet).

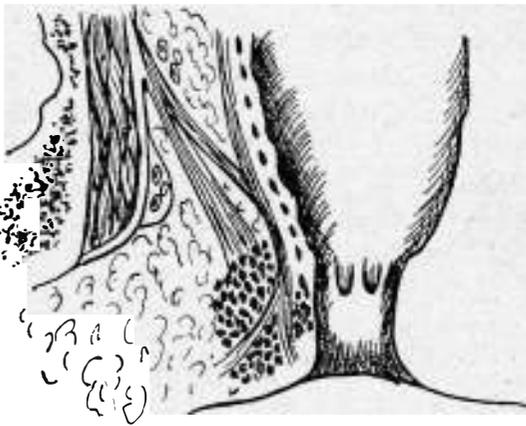


FIG. 4. — Sistema esfinteriano, al corte, semiesquemático. (de Gil Vernet). Las fibras longitudinales del recto emiten prolongaciones entre los esfínteres interno y externo, y entre los segmentos superficial y profundo del esfínter externo. Se ve la terminación de las fibras del elevador.

Nuestra exposicion, esquemática por su carácter (conceptual y estadística) no está basada en labor de investigación de anfiteatro, sino que se fundamenta en la experiencia operatoria y de la patología.

En el complejo engranaje esfinteriano, en el que autores modernos destacan dos sistemas: *liso* y *estriado*, que actúan como unidad en virtud de complejas sinergias, consideramos que evidencia máxima jerarquía, un músculo: el elevador, o mejor, *los elevadores*.

Elevadores

La integridad de la cincha de los elevadores es, a no dudarlo, el *principal factor de contención esfinteriana de la región*, y uno de los principales esfínteres del intestino.

En forma de láminas, situados a cada lado de la línea media, unidos entre sí a lo largo del rafe, *integran una unidad funcional, verdadero infundíbulo o copa que recoge y sostiene todos los órganos pélvicos*. Abiertos arriba y adelante, las líneas de inserción ánteroexternas se extienden desde el pubis a las espinas ciáticas. Se describen haces inferiores y superiores: los inferiores o internos, verdadero *músculo puborrectal*, son paralelos a la línea media, ligeramente orientados adelante y arriba. Los haces superiores o externos, a medida que ascienden, divergen, hasta que los últimos se dirigen francamente del cóccix a la espina ciática. Observados en conjunto, todo lo que está por encima, se encuentra en la pelvis; por fuera, está la grasa isquiorrectal. Ambos músculos forman una *cincha retro rectoanal, verdadera pinza que abraza y sostiene en posición al anorrecto*. *Están colocados en el punto en que su acción de esfínter es más eficaz (Cunningham): frente al punto en que el Recto se estrecha y cambia de dirección*. Soportan el peso de las heces cuando el Recto está lleno, por medio de los haces inferiores, en especial. En la contracción, *exageran el ángulo rectoanal*, llevándolo adelante y arriba. Músculo controlado por la voluntad, se relaja durante la defecación (fibras puborrectales), en tanto que las fibras externas actúan en forma expulsiva (compresión lateral), como sostén del impulso visceral intraabdominal. En síntesis: los elevadores integran el *esfínter del orificio superior del conducto anal*. *La tarea se realiza con eficacia, aún en casos de perturbaciones de los otros esfínteres, en base a la disposición de las fibras, y a la forma cómo terminan abajo, en la periferia del conducto: incorporándose a la musculatura longitudinal del Recto (Gil Vernet)*.

Esfínter externo

Otro integrante del sistema estriado, no sería suficiente si el elevador no lo auxiliara.

Forma un *cilindro muscular estriado*, alrededor de los ter-

cios inferiores del conducto anal; es el único elemento muscular del perineo posterior. Clásicamente se describen en él fibras internas, circulares; fibras externas, naviculares, con inserciones anterior y posterior; fibras elípticas y en asa. Aunque la intrincación de las mismas es grande, esa disposición arquitectural ha permitido la descripción de dos, y aún tres fascículos en este esfínter. *Aunque esa distribución de los haces sea una realidad de disección y del estudio histológico, del punto de vista operatorio resulta un tanto artificial*, y la altura y la consistencia cambian antes y después de la anestesia y la dilatación.

Interesa destacar:

Las *fibras profundas* rodean el conducto por debajo del elevador del ano, y la fusión de las fibras de ambos músculos es tan íntima, que resulta difícil delimitarlas.

Las *fibras superficiales* son subcutáneo mucosas; representan un anillo muscular ovalado a gran eje ánteroposterior (Roux), que se inserta por sus extremos en los rafe anobulbar y ano-coccígeo.

Fibras superficiales y profundas, están separadas por el descenso de fascículos longitudinales del Recto, que forman el *septum intermuscular* (Milligan y Morgan), haz externo, que se pierde en el tejido fibroelástico de la fosa isquiorrectal. (Las fibras longitudinales del Recto descienden también entre el esfínter externo y el esfínter interno, formando el haz interno del septum intermuscular de Milligan y Morgan, que termina en la piel a nivel de la línea blanca de Hilton, contribuyendo a formar después el corrugador de la piel del ano, conjunto de fibras de disposición radiada que, al contraerse originan la formación de pliegues cutáneos).

Considerado en conjunto, el esfínter externo ofrece las siguientes *relaciones*: Circunferencia superior, en íntima intrincación con el elevador; circunferencia inferior, corresponde a la piel y se fija en ella; cara externa, en relación con el tejido cé-luloadiposo isquiorrectal; cara interna, corresponde arriba al esfínter interno o liso que la rebasa, y abajo, a la piel modificada del conducto anal, al tejido celuloso de deslizamiento y al plexo venoso hemorroidario.

Acción: Pertenece a la clase de los músculos orbiculares. Es

el *constrictor ani* de los antiguos. Al contraerse, se aplasta lateralmente. En el reposo no está contraído: su acción se produce durante las ansias, y ocluye los dos tercios inferiores de la altura del conducto. No sería suficiente si el elevador no lo auxiliara. *Corresponde al esfínter cutáneo, la oclusión perfecta, puntiforme, voluntaria, o por reflejo condicionado, del ano, así como la producción de los pliegues cutáneos, radiados, de la región.* (Los pliegues mucosos, C. de Morgagni, son determinados por el esfínter liso, involuntaria, de tono permanente).

Proyección patológica: No está completado el conocimiento de este esfínter, si no se dice que a través de sus fibras, en la zona posterior, (espacio de Brick) pasan linfáticos regionales, y pueden hacerlo los microorganismos que, procedentes de una cripta de Morgagni infectada, son capaces de determinar una infección postanal. *La patología fistulosa regional* (fistulas transesfinterianas, extraesfinterianas) *impone frecuentemente el sacrificio (sección) parcial, de este esfínter externo, sin que se produzca la menor alteración de la continencia fecal.*

Las recidivas lesionales son frecuentes, no obstante. Para comprender por qué, es necesario recordar la fisiopatología del esfínter liso.

Esfínter interno

Clásicamente se le considera dependencia del sistema circular del Recto. Estas fibras no poseen desarrollo uniforme; a nivel de la ampolla son muy delgadas, pero se engruesan más abajo aumentando progresivamente de espesor hasta el ano. A nivel y alrededor del orificio profundo del conducto anal, integran una especie de anillo muscular, conocido con el nombre de esfínter interno.

Concéntrico al esfínter externo, que está situado por fuera de él, presenta: un borde superior, que se pierde insensiblemente con los últimos fascículos musculares circulares de la ampolla; un borde inferior, a nivel de la línea blanca de Hilton, en contacto con la inserción del haz de fibras longitudinales que constituyen el septum anal intermuscular interno; la cara externa es concéntrica a las fibras circulares profundas del esfínter externo del ano, de las que está separada por el septum de referencia; la

cara interna es submucosa, en relación con el tejido celular regional.

Acción: músculo involuntario, ocluye el conducto anal en su parte más alta, en forma tónica. Pliega la mucosa (C. de Morgagni), permanentemente. En virtud de su tono perpetuo de músculo liso, y al intermitente del esfínter externo, el conducto anal tiene, en estado de reposo, aspecto de cono de vértice superior o profundo. En determinadas *circunstancias patológicas* (fisura, absceso, fístulas, heridas operatorias regionales) *puede presentarse una hipertonia de este músculo, que dificulta la exploración, perturba el drenaje, trastorna la cicatrización, aún cuando la puesta a plano haya sido realizada mediante la sección parcial del esfínter externo.* En determinadas circunstancias *no alcanza para poner en reposo la región y cortar el círculo vicioso, la sección quirúrgica de los haces internos del esfínter externo, escleroso e hipertrofiado; y es aconsejable en todos los casos, para favorecer la cicatrización, evitar el dolor y las recidivas o persistencias lesionales, la sección quirúrgica del esfínter interno, como gesto único o asociado.*

Otras formaciones de valor (1)

De las *fibras longitudinales del Recto*, ya hemos hablado. Insistiremos, no obstante.

A nivel del Rectosigmoide, las fibras longitudinales abandonan la disposición característica del colon y se distribuyen por toda la superficie del intestino, agrupándose, especialmente, a nivel de las caras anterior y posterior.

Al pasar a través del diafragma de la pelvis, estas fibras

(1) Aparte los elementos de sostén (núcleo fibroso, sacro), merece destacarse el glúteo mayor que, por sus haces inferiores es un músculo perineal. Integra, a no dudar, el complejo mecanismo de los esfínteres del ano. En efecto: sus inserciones; trayecto paralelo al elevador; unión de ambos músculos por tractos fibrosos; inervación e irrigación propias de estos fascículos inferiores; la anatomía comparada que los muestra actuando sobre el mecanismo del cierre pelviano (la base de la cola, cit. por Chifflet); la acción de los mismos, realizada voluntariamente por el individuo en el momento de las ansias intensas; y todavía, la posibilidad de reparación quirúrgica de un esfínter anal a sus expensas, son argumentos suficientes para aceptarlos como integrantes del sistema estriado esfinteriano.

longitudinales se engruesan considerablemente por la penetración de fibras del elevador del ano, que vienen a terminar a la pared intestinal, fusionándose con ella. Esta unión de fibras musculares tiene gran valor como sostén del anorrecto, a la vez que coopera a la acción esfinteriana del elevador.

Todavía, estas fibras longitudinales del Recto, descienden haces que se intrincan a través del esfínter externo, y entre éste y el esfínter interno (septum intermuscular, haces externo e interno).

El conjunto de músculos esfínteres y de fascículos que describimos, integran una unidad *anatómica y funcional*.

Las distintas formaciones fraguan una intrincación anatómica tal, que requiere cortes y estudios histológicos, para su reconocimiento; pero el encadenamiento de fascículos está justificado por la función: la totalidad integra un sistema complejo que regula el mecanismo de la defecación.

Y aunque el conocimiento y la comprensión exigen un estudio aislado de las diferentes estructuras, conviene recordar que es un tanto artificial.

Estamos en condiciones de considerarlas en función.

D) EN FUNCION.

Equivale a referirse a la dinámica de la defecación, sin olvidar que existe una dinámica del reposo. (1)

La defecación es un acto, a la vez voluntario e involuntario, que requiere para cumplirse, *sinergias funcionales* (contracciones e inhibiciones) de los *sistemas esfinterianos, el piso posterior pelviano y la pared abdominal hipogástrica.*

Se realiza merced a: *rectificación de la dirección del conducto rectal sobre el conducto anal; disminución de la altura del conducto anal, y deslizamiento del manguito cutáneo mucoso de dicho conducto sobre el plano muscular subyacente (a favor del tej. celular).* Es necesario recordar todavía que:

La *grasa de las fosas isquiorrectales* es tej. de relleno, sin autonomía funcional, que "sigue dócilmente las exigencias del plano muscular contráctil" y la capacidad del conducto anorrectal;

(1) Reposo no significa inactividad, en anorrecto.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La *pelvis, verticalizada* por las exigencias de la actitud erecta, posee una *movilidad de conjunto, en la defecación*: enderezamiento a expensas de la "articulación lumbar" (1) al tomar como apoyo los isquiones, y como eje de rotación la línea biarticular de las caderas.

Queda esbozada, así, la estatodinámica anoperineal. Puede considerarse con mayor detenimiento:

ESTADO DE REPOSO DEL CONDUCTO

El **E. liso, involuntario**, en contracción permanente, ocluye la parte alta del conducto anal y pliega la mucosa de la zona superior o endodérmica de ese conducto

El **E. estriado, voluntario**, no está contraído, y el conducto anal tiene aspecto cónico de base externa.

Los **elevadores** (haces puborrectales) mantienen la angulación rectoanal y soportan el peso de la ampolla llena de materias.

RETENCION VOLUNTARIA

En un momento dado, las materias o gases contenidos en el recto, por estimulación de la mucosa, dan nacimiento al reflejo involuntario (2) (deseo de defecar). Esto produce la contracción peristáltica de colon y recto, y la apertura del E. liso (acción de fibras long., retractor ani). Materias y gases son llevados más allá del pecten y toman contacto con la mucosa sensible, del conducto anal ectodérmico: se tiene conciencia por vez primera, de su llegada, y voluntariamente o por reflejo condicionado, se contrae el E. estriado: gases o materias vuelven al recto, y el E. liso vuelve a contraerse. El E. estriado actúa apoyado en su acción, por los haces puborrectales de los elevadores.

DEPOSICION PASIVA

Si cuando las materias o gases llegan al ano ectodérmico, el E. estriado no se cierra, salen al exterior. Esta deposición pasiva sólo es factible para evacuar materias semilíquidas y gases.

DEPOSICION ACTIVA

Se requiere para evacuar materias sólidas. Es de destacar, el **valor de la pared abdominal hipogástrica**, con dinámica propia en relación con la fisiología de las vísceras pelvianas (Recto, Vejiga, Utero). Integrada

(1) "Anatomía funcional de la cadera". Tesis.

(2) El centro espinal reflejo de la defecación está en el cono medular. Existe un centro de inhibición voluntario cerebral.

DINAMICA ESFINTERIANA

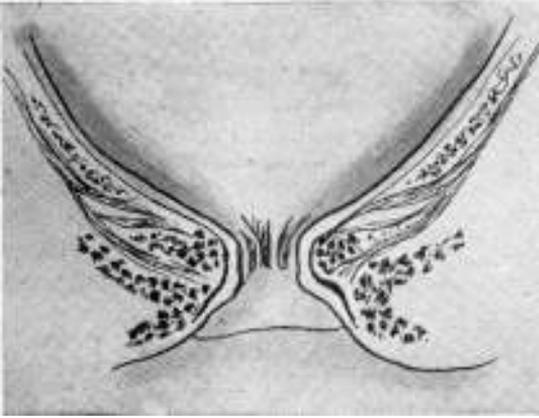


FIG. 5. — Conducto en reposo. Esf. liso, involuntario, en contracción permanente, ocluye la parte alta del conducto y pliega la mucosa de la zona. El esf. estriado, voluntario, no está contraído, y el conducto tiene aspecto cónico de base externa. Los elevadores (haces puborrectales) mantienen la angulación rectoanal y soportan el peso de la ampolla llena de materias. (De Chifflet).



FIG. 6. — Retención voluntaria. Materias o gases contenidas en el recto, dan origen al reflejo involuntario. Se abre el esf. liso. Se tiene conciencia de la llegada de materias o gases al conducto ectodérmico, y voluntariamente o por reflejo condicionado se contrae el esf. estriado. (De Chifflet)

en su plano profundo por los rectos anteriores, que a ese nivel se deslizan en su vaina, y no poseen formación posterior resistente que dificulte su acción sobre el contenido pélvico, posee un plano superficial aponeurótico, verdadera cincha con líneas de fuerza transversa, que apoya la acción muscular. Esta tapa de la pelvis, actúa en forma sinérgica con la hamaca de los elevadores en tal forma que, cuando la pared hipogástrica se contrae para transmitir la acción que recibe de la prensa diafragmática, los elevadores se relajan, y a la inversa. Los elevadores sostienen en su cincha a la ampolla rectal, y permiten la expresión del contenido de la misma, al inhibirse los haces más bajos, puborrectales.

Simultáneamente, los tres integrantes del perineo posterior que ocupan la línea media: cóccix, rafe y E. externo (que rodea al conducto anal),

DINAMICA ESFINTERIANA

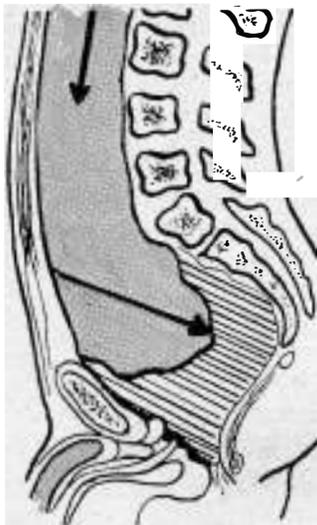


FIG. 7. — Deposición activa. Acción de la prensa abdominal, por intermedio de la pared hipogástrica, sobre el contenido visceral elviano. (De Chifflet).



FIG. 8. — Deposición activa. El conducto anal se abre, pierde altura y rectifica su angulación sobre el recto, por relajación de los elevadores. Están igualmente relajados los esfínteres interno y externo. (De Chifflet).

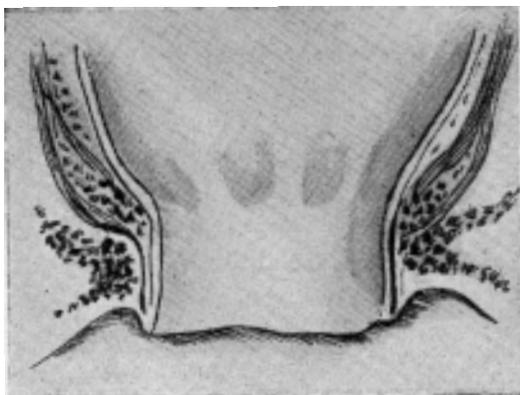


FIG. 9. — Deposición activa. El deslizamiento del manguito mucoso es la expresión final del proceso de defecación.

que se disponen en estado de reposo formando una línea curva, regular, cóncava por su superficie interior, experimentan modificaciones:

—El cóccix se angula a nivel de la art. entre 1ª y 2ª piezas;

—El rafe anococcígeo, inextensible por su arquitectura, es movilizado al ser arrastrado por el cóccix y a solicitud del relajamiento del E. estriado;

—El E. estriado, firmemente amarrado al núcleo fibroso, se alarga y se abre. Su cuerpo muscular, al estirarse, se lamina y provoca disminución de altura del conducto, que se transforma en simple anillo de pasaje.

Por otra parte, el relajamiento de los elevadores permite la rectificación de la angulación rectoanal, y se produce su continuidad en una sola línea. El deslizamiento del manguito mucoso es la expresión final, del proceso de la defecación.

Cuando el deseo de defecar no es atendido o es aplazado, se produce una onda antiperistáltica, por acción esfinteriana de abajo-arriba, en la que participan: E. externo, Elevadores, E. interno y hasta los haces glúteos inferiores. Se desaloja el bolo fecal de la ampolla y se lo vuelve al sigma:

En síntesis:

“El tono fisiológico de los sistemas esfinterianos forma la estructura del canal anorrectal en el reposo”.

“El relajamiento de ese sistema, acompañado por la contracción de los antagonistas, desplaza atrás la cortina posterior de la pelvis, y dispone el conducto anorrectal para la defecación.”

El valor de los elevadores es preponderante; la función del E. estriado ha sido aclarada suficientemente, para comprender la significación accesoria del E. cutáneo.

JUSTIFICACION DEL GESTO QUIRURGICO

La región anoperineal presenta, pues, ciertas características particularísimas, de proyección patológica ⁽¹⁾ y operatoria, algunas de las cuales destacaremos:

—Gran movilidad y tono muscular perpetuo (E. liso), y contracción voluntaria e intermitente (E. estriado); (la relajación sobreviene con la muerte);

—Es regida por numerosos músculos esfínteres, con riqueza de inserciones cutáneas;

—La innervación es abundante y del sistema cerebroespinal en el conducto ectodérmico: el dolor desencadenado por los procesos patológicos regionales y las maniobras quirúrgicas, se explica;

—Las irritaciones periféricas van seguidas de una contracción esfinteriana refleja, que puede llegar al espasmo;

(1) Ver Chifflet: “El canal anorrectal”.

—La contractura del E. cutáneo, al ejercerse sobre la herida operatoria o en su inmediata vecindad, desencadena el círculo vicioso;

—En virtud de las asociaciones nerviosas regionales, los fenómenos dolorosos se reflejan:

Sobre el aparato urogenital (vejiga, próstata, útero, vagina), dando disuria, anuria, trast. menstruales.

Sobre las zonas altas del intestino, por irritación simpática (contracción esfinteriana, relajación gastrointestinal, hiposecreción glandular), traduciéndose por flatulencia, retención de gases y de materias.

Sobre la región lumbosacrociática (dolores), por reflejo cerebrospinal. (1)

A la distancia, en el tiempo, *el dolor y el espasmo dificultan el drenaje de los procesos patológicos* (abscesos, fistulas) *y la exposición regional* (curaciones). *La cicatrización no se realiza en buenas condiciones, y las recidivas y las persistencias lesionales son frecuentes.*

En síntesis: *la inervación y la dinámica regionales conspiran contra la acción terapéutica. El aquietamiento del foco, como indicación conceptual, es necesaria aquí, como en otras regiones.*

Se inmoviliza un pulmón agredido (Forlanini); se prescribe reposo frente a un proceso inflamatorio cualquiera sea su situación: “*si se acepta la Patología con lealtad*”, si se considera que el esfinter interno también gravita en la patología regional, *el gesto operatorio se impone.*

Constituirá un procedimiento sin contraindicaciones, pues se trata de la *sección de un músculo esfinter, integrante de un sistema*; y el menos importante tal vez.

Conviene destacar, asimismo, que se trata de una sección quirúrgica definida y reglada, que se repara mediante cicatriz fibrosa que permite la continuidad de la acción del músculo en el futuro, a la vez que permite el reposo y la exposición regional cuando estos factores son realmente necesarios: en el post-operatorio.

En muchas circunstancias, el tratamiento de un proceso pa-

(1) Thiele, cit. por Bacon.

tológico (fístulas), implica la sección parcial (fibras internas) del esfínter externo ⁽¹⁾ que, por ser la porción verdaderamente cutánea, y por tanto de mayor proyección patológica, y menor responsabilidad funcional, es considerada, por la mayoría de los Cirujanos, como suficiente para resolver el problema.

Sin embargo, casi siempre, el trayecto fistuloso tiene suficiente altura, como para implicar en la sección, al esfínter interno, factor que, aunque ignorado, coopera a la mejoría.

Muchas recidivas, es probable que vayan por cuenta de secciones incompletas.

Asimismo, en otros procesos (hemorroides, fisuras), los pacientes sufren en el post-operatorio, porque la dilatación practicada no ha comprendido al esfínter interno, el cual se espasmodiza y condiciona el círculo reflejo.

La sección del esfínter interno es la respuesta a la reflexión y constituye una actitud final, cuyo incorporación resulta aconsejable en cirugía anoperineal.

INDICACIONES

Fístulas perianales.

En ciertas fístulas (transesfinterianas, extraesfinterianas) al poner a plano la lesión, *no sólo se secciona parcialmente el esfínter externo* (conviene respetar cuidadosamente las fibras naviculares y el rafe anocutáneo, llave soporte de la hamaca de los elevadores, nudo posterior del perineo) sino que, *a poco que el trayecto sea alto, se corta igualmente el esfínter interno: en estos casos, la esfinterotomía posterior sería una redundancia.*

Pero en todas las circunstancias de fístulas bajas intraesfinterianas, o que comprometen únicamente el esfínter externo, la *sección del esfínter interno* se impone no sólo para evitar las molestias post-operatorias, sino para poner la región en absoluto reposo y evitar las recidivas lesionales por mala cicatrización.

Hemorroides.

Una vez realizada la extirpación de los paquetes, o previamente si se desea por razones de comodidad, *conviene la esfinte-*

(1) Se respetan cuidadosamente las fibras naviculares y el rafe anocutáneo, llave soporte de la hamaca de los elevadores, nudo posterior del perineo.

rotomía posterior, para evitar el dolor y las molestias reflejas del post-operatorio. Ha sido recomendada por ciertos autores, un tipo de esfinterotomía posterior que comprende el esfínter externo y que desgarrar las distintas formaciones hasta el cóccix, en el tratamiento en agudo de la fluxión hemorroidaria. Aparte de no operar en agudo más que los pequeños trombos externos y considerar no aconsejable por varias razones la extirpación en la gran fluxión hemorroidaria (inconveniencia de remoción focal; conveniencia de esperar la retrocesión del edema para practicar resecciones más limitadas, con mayor respeto por el conducto anal ectodérmico; haber encontrado siempre esfínteres permeables) nos parece inconveniente un tipo de esfinterotomía que procede a desgarrar digital y que compromete el nudo perineal posterior.

Fisuras de ano.

En las recientes, la esfinterotomía puede ser la única terapéutica.

Criptitis. Papilitis.

La sección del esfínter interno ha permitido reducir la dilatación a lo imprescindible para la exploración y tratamiento.

Cirugía del colon.

En cierre de anos temporarios y en colectomías en un tiempo, para evitar retención de gases y distensión.

TECNICA

Esquemas facilitan la comprensión.

Momento.

Al final del acto quirúrgico, aunque puede iniciarse la intervención por la esfinterotomía, por razones de comodidad. En algunas circunstancias (ciertas fisuras) puede constituir toda la terapéutica.

Lugar de la sección.

Mediana, posterior. Las secciones laterales no son aconsejables, pues son zona de llegada de pedículos vásculo-nerviosos.

TECNICA DE LA ESFINTEROTOMIA

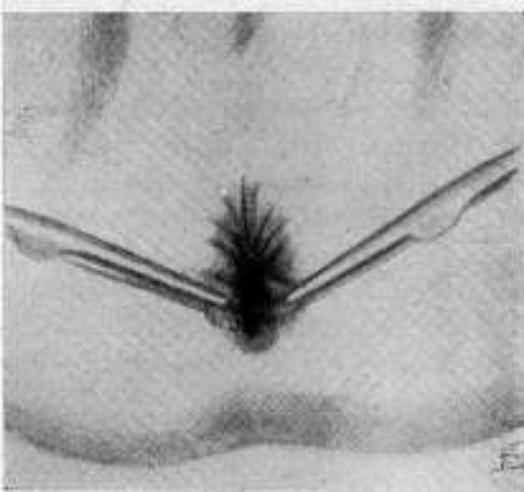


FIG. 10. — Presentación del campo. Dos pinzas toman la piel modificada de la margen del ano, a un lado y otro de la línea media posterior.

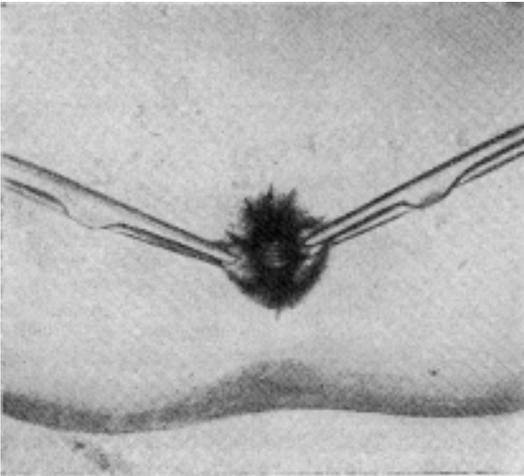


FIG. 11. — Descubierta del esfínter interno. Se secciona a bisturí, la piel modificada, dentro del conducto anal. Aparece a la vista el esfínter interno, como cinta aplanada, blanquecina, de fibras transversales.

Tipo de sección.

Limpia, neta, perpendicular a las fibras circulares del músculo, a efectos de que la retracción se realice en todos los fascículos en la misma proporción. No practicar sección oblicua y, menos, incompleta, pues, al provocar retracción disímil se

DINAMICA ESFINTERIANA

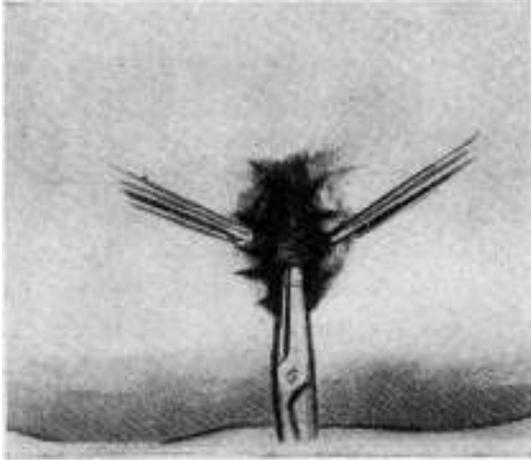


FIG. 12. — Levantamiento del esfínter. Se diseña y levanta a tijeras, en la línea media posterior, a expensas de dos espacios laxos, de tej. celuloso: subcutáneo-mucoso e interesfínteriano.

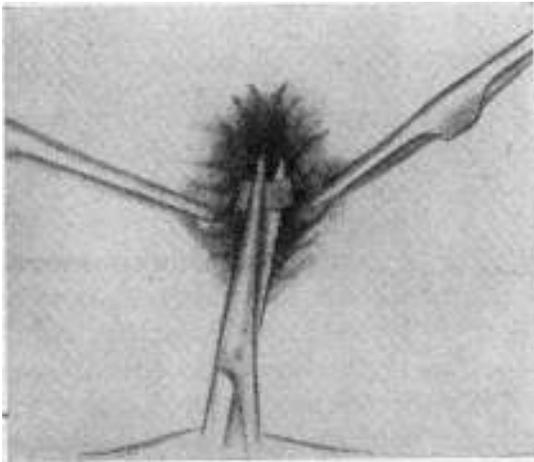


FIG. 13. — Esfínterotomía. Se secciona con un solo tijeretazo, perpendicularmente a sus fibras.

favorecen las cicatrices distorsionadas y la posibilidad de secuelas (incontinencias).

Procedimiento.

1. *Presentación del campo.* Se colocan pinzas tipo americano, que toman la piel modificada de la margen del ano, a un lado y otro de la línea media posterior.

2. *Sección de la piel modificada de la región.* — Se realiza

a bisturí. Debe cortarse, únicamente, la piel, respetando el esfínter. Se tiene un pequeño sangramiento que se enjuga con gasa, sin colocar ligaduras.

3. *Identificación y levantamiento del esfínter interno.* — Por la dirección de las fibras y el aspecto blanquecino. Se le aísla por delante y detrás, mediante tijeras. Adelante, se le cliva a expensas del tejido celular submucoso (en que está alojado el pexo venoso hemorroidario); por detrás, se le aísla del esfínter externo, insinuando fácilmente la tijera entre ambos.

4. *Sección.* — A tijeras, en un solo gesto.

5. *Mechas* a la zona de sección. Otra a la superficie cruenta operatoria, introduciéndolas en el conducto anal, hasta llegar a la ampolla, deslizándolas sobre el dedo índice que tacta. Se utilizan gasitas impregnadas en vaselina estéril o pasta de Sulfas. Tubo de goma no es necesario y causa molestias.

RESULTADOS

Excelentes.

Inmediatos: Los pacientes no experimentan dolor post-operatorio, ni siquiera los más pusilánimes. Dificilmente resulta necesario dar algún analgésico al enfermo, ni ese día ni en los subsiguientes. (No se aconsejan los opiáceos, por su acción sobre la musculatura intestinal). No es menester constipar a los pacientes, ni con fármacos ni con régimen dietético (se prescribe un higiénico lactovegetariano). Se consiguen evacuaciones intestinales precoces, que alguna vez se han producido en la misma tarde de la operación; más frecuentemente, entre el segundo y tercer días. En todos los casos, la expulsión de gases es precoz. Las evacuaciones son siempre indoloras, e infunden confianza al enfermo. Hay que limitarse a lavar la región con un desinfectante suave (Espadol o Carrel) no agresivo para los tejidos, y a colocar otra pequeña mecha intra conducto anal, en reemplazo de la expulsada. Esta tarea puede realizarla el personal secundario de Sala, fiscalizado oportunamente.

Alejados: Los enfermos se levantan en la tarde de la operación o al día siguiente, y caminan sin molestias, sostenido el apósito por una venda en T; abandonan el Hospital al segundo o ter-

cer día. Se les instruye para que se higienicen después de cada exoneración intestinal. Se siguen curando en la Policlínica y se les vigila cada tres o cuatro días.

En los casos de grandes fístulas o de fístulas recidivadas, se ha visto que la cicatrización se realiza con facilidad; la exposición regional es siempre buena, aun en aquellos casos en que la dilatación esfinteriana ha sido mínima.

No se ha visto nunca incontinencia, como secuela de una esfinterotomía posterior. (1)

CASUÍSTICA

De once años consecutivos: 1941 a 1952, sobre intervenciones realizadas en la Clínica del Prof. Clivio V. Nario.

Puede expresarse así:

Total de intervenciones anoperineales realizadas durante ese lapso: 260. (Hombres, 208; Mujeres, 52).

Total de esfinterotomías realizadas: 158. (Hombres 132; Mujeres, 26).

Clasificación por lesiones:

Hemorroides: 92. (H., 75; M., 17).

Fístulas perineales: 52. (H., 48; M., 4).

Fisuras de ano: 6. (H., 4; M., 2).

Asoc. lesionales:

Hemorroides y fisura: 2. (H., 0; M., 2).

Hemorroides y fístula: 1. (H., 1; M., 0).

Papiloma y fístula: 1. (H., 1; M., 0).

Hemorroides y prolapso mucoso: 1. (H., 1; M., 0).

Hemorroides y papiloma: 3. (H., 3; M., 0).

Interesa destacar:

La esfinterotomía fué realizada únicamente en *dos casos de trombosis hemorroidaria*. En efecto: en los casos de trombosis de hemorroides externas, la conducta se limitó a la extracción del trombo, previo un botón de anestesia; en la fluxión hemorroidaria, proceso de mayor jerarquía, no intervenimos jamás

(1) La incontinencia puede deberse a esfinterotomías laterales (sección de pedículos vasculonerviosos) o a resecciones del manguito cutáneo-mucoso del conducto anal ectodérmico (recordar su función).

de urgencia, como hacen algunos autores, que preconizan cierto tipo de esfinterotomía en estos casos, criterio que, personalmente, no compartimos, pues entendemos que el esfínter no participa en el proceso. (Hemos realizado, sistemáticamente, tacto cuidadoso, en la gran fluxión hemorroidaria, y hemos hallado, siempre, un esfínter entreabierto, que permite el fácil pasaje del dedo).

La esfinterotomía fué realizada en *dos casos de recidiva de fístula perianal*, en que no se había practicado en el primer acto quirúrgico. No hay datos alejados sobre la evolución ulterior.

Sobre el total de intervenciones anoperineales de referencia, *no se realizó esfinterotomía* en 102 oportunidades:

Total: 102. (H., 76; M., 26).

Hemorroides: 44. (H., 36; M., 8).

Fístulas: 50. (H., 36; M., 14).

Fisuras: 3. (H., 1; M., 2).

Asoc. lesionales:

Hem. y fisura: 1. (H., 1; M., 0).

Pól. y hem.: 1. (H., 1; M., 0).

Pól. y fisura: 2. (H., 0; M., 2).

Absceso marginal: 1. (H., 1; M., 0).

Si se considera que en las 102 intervenciones, hay 50 casos de fístulas transesfinterianas y extraesfinterianas, cuyo tratamiento implica la sección del esfínter, la no realización del gesto se limita a 52 casos. Entre ellos, se destacan: 2 trombosis hem. externas; 2 Whiteheads; 4 prolapsos, cuyo tratamiento ha de haber requerido buena dilatación esfinteriana; 1 fisura en que hizo únicamente, dilatación. Por otrà parte, existe siempre amplio margen en el criterio de aplicación de un procedimiento, que en la Clínica del Prof. Nario se imponía por convicción, por la bondad de los resultados.

BIBLIOGRAFIA

CLIVIO V. NARIO. — Enseñanza de la Cirugía.

CLIVIO V. NARIO. — Clases Clínicas.

ABEL CHIFFLET. — La travesía del periné.

ABEL CHIFFLET. — El canal anorrectal.

ABEL CHIFFLET. Fisiopatología del canal anorrectal.

SUAREZ MELENDEZ y colab. — Tratamiento quirúrgico de urgencia de la trombosis hemorroidaria.

TESTUT LATARJET. — Anatomía Humana.

POIRIER CHARPY. — Anatomía Humana.

MAISONNET COUDANE. — Anatomía Clínica y Operatoria.

BELLOCQ. — Anatomía Médico Quirúrgica.

CUNNINGHAM. — Anatomía Humana.

BACON. — Anorrecto y Colon sigmoide.

Dr. De Chiara. — Quiero agregar a lo ya expresado por el colega, compañero Botto, que yo he vivido el trabajo del Dr. Botto, he vivido su experiencia quirúrgica, y estoy completamente de acuerdo con él.

Dr. Fernández Chapela. — De la comunicación del Dr. Botto han surgido conceptos que nos parece necesario aclarar.

Decía el comunicante que seccionaba el esfínter liso en la línea media posterior. En la clínica del Prof. Nario, a la cual pertenecemos, no vimos hacer nunca la sección del esfínter liso.

Nos hemos ocupado, en estos últimos años, de la constitución anatómica del conducto ano-rectal.

Hemos combinado como métodos de estudio las disecciones anatómicas y los cortes histo-topo-gráficos seriados. El análisis de los cortes histotopográficos muestra que el esfínter liso, longitudinal del recto, esfínter estriado, y elevador del ano, forman una unidad.

El sistema del elevador del ano, junto con el esfínter externo en la línea media posterior, es donde está más desarrollado, y donde su papel funcional es más importante. (Se proyectan diapositivos).

Por consiguiente un cirujano que practique una esfinterotomía, en la línea media posterior se expone a una incontinencia, pues puede romper la cincha recto-anal estriada.

Si esto no sucede habitualmente, es porque esta cincha tiene en altura todo el espesor del conducto anal (unos 3 cms.).

En las fistulas supra y extraesfinteriana, en las que esta posibilidad puede plantearse, deben guardarse cuidados especiales, existiendo detalles de técnica para evitar este inconveniente.

El esfínter liso es un componente de la unidad del sistema. Desciende mucho en el conducto anal. Sólo la porción subcutánea del esfínter externo está por debajo. Por consiguiente no es necesario ir a buscarlo muy alto para su escisión como se ha dicho. Su papel en la defecación es preparatorio; no se contrae durante este acto. La continencia esfinteriana es patrimonio del sistema estriado; si se quiere evitar su contracción en el post-operatorio, se debe actuar sobre dicho sistema.

El esfínter liso no interviene, pues, en la continencia esfinteriana, y su sección, aunque se realizara, no traería beneficios en el post-operatorio.

Dr. Botto. — Quería decir algo con respecto a la observación rea-

lizada por el Dr. Fernández Chapela, en que fui aludido con referencia al trabajo que presenté anteriormente.

Quiero aclarar algunos conceptos a que se refiere el Dr. Fernández Chapela respecto a mi trabajo sobre esfinterotomía posterior en cirugía ano perineal. El Dr. Fernández Chapela cree que lo que nosotros cortamos desde hace once años en la Clínica es la porción superficial del esfínter externo, esfínter estriado. No es así. La sección de la porción superficial del esfínter externo, estriado, se hace desde hace muchos años en este país y fuera de este país por muchos cirujanos. El Dr. Stajano la practicaba ya desde el año 1935, tengo entendido. En otras clínicas, desde hace muchos años, la hacen casi todos los cirujanos. En el momento actual es sistemática la sección de esa porción superficial del esfínter estriado, a propósito del tratamiento de cierto tipo de fistulas: se corta y no pasa nada, porque es un elemento integrante de un sistema mucho más complejo. Al contrario, hay interés en seccionarlo. En los libros de Patología están descritas las hipertrofias, hipertonías, la esclerosis de la porción superficial del esfínter externo en procesos patológicos de la región, y se habla de cortarlo en todos lados, de manera que eso ha dejado de ser original hace tiempo. Pero lo que nosotros cortamos, en realidad, es el esfínter interno, esfínter liso; yo quiero destacar este aspecto, quiero destacar solamente cómo es posible cortarlo, porque parece que alrededor de eso gira la incomprensión.

Si usted quiere proyectar, se lo voy a agradecer, porque se va a comprender más fácilmente mirando. Esas láminas que nos vienen bien, tomadas del trabajo de Gil Vernet, se aprecia en el corte que van a ver.

Aquí se ve el esfínter externo con dos porciones: una profunda, otra superficial. Conviene que destaque que según algunos autores existen sólo dos porciones en el esfínter externo, y según otros, tres porciones, y el hecho de reconocer tres porciones del esfínter externo, obedece, según ellos, a ignorar la existencia de ciertas fibras del elevador que se entrecruzan por delante del recto, colocándose inmediatamente por encima de la porción profunda del esfínter externo y eso hace figurar una, dos, tres porciones. Tiene poco interés. Aquí se ve el esfínter interno como una condensación, en parte alta del conducto anal, de las fibras circulares del Recto. Esto que se ve aquí son las fibras longitudinales del Recto, integrándose con fibras del elevador, y estos son los tabiques intermusculares que separan las dos porciones: superficial y profunda del esfínter externo, y este es el arrugador de la piel del ano. El Dr. Fernández Chapela cree que nosotros cortamos aquí, la parte superficial del esfínter externo, que rodea la parte inferior del conducto anal. Yo digo que no. Lo que corto es el esfínter interno que es profundo y que es músculo liso y tiene un tono muscular perpetuo, y es posible hacer esta sección con facilidad. Se comprende fácilmente que una cosa es la observación en la pieza anatómica o la observación y los cortes realizados en piezas operatorias dando una visión fija, rígida. Sabemos que la región tiene un dinamismo excepcional. Cuando uno realiza una anestesia, una

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

buena anestesia, local con novocaína, que es lo que nosotros hacemos sistemáticamente, cambia completamente la disposición de estos esfínteres. El conducto anal gana en anchura, uno todavía lo dilata con los dedos, y lo que gana en anchura lo pierde en altura. Y más todavía: el conducto anal se aproxima al cirujano, se evierte, desciende. La parte superficial del esfínter externo se aleja hacia afuera y el esfínter interno desciende y se acerca al cirujano, se le está ofreciendo. Todavía nosotros, debo agregar, realizamos muy frecuentemente la anestesia con agujas de punción lumbar, agujas largas, con lo cual logramos un descenso incluso del periné y de los elevadores. El esfínter interno está situado en lo profundo del conducto anal, a 2 o 3 cms. de ese esfínter interno. En la anestesia, desciende con los elevadores, a cuya altura se encuentra. Resulta fácil al cirujano a cabalgar una sección sobre la mucosa modificada de la región anal, encontrar el esfínter interno, levantarlo y darle un corte. Ahora, si eso fuera poco, todavía, nosotros hemos hecho sistemáticamente, en muchas oportunidades, biopsias: en lugar de hacer corte del esfínter, hemos sacado un verdadero diafragma, dos o tres milímetros, sabiendo que no hacemos daño al enfermo. Hemos hecho esto y el A. Patólogo nos ha contestado: "Pequeños fragmentos de mucosa de caracteres normales; el fragmento examinado comprende músculo liso". "El fragmento está constituido totalmente por músculo liso". Es esfínter interno, lo que nosotros cortamos. Yo invito al Dr. Fernández, que no está presente, o a cualquiera de los compañeros, que realice la observación del conducto antes de la anestesia; busquen, reperen el esfínter interno; que hagan la anestesia, y vean qué pasa con el esfínter interno: puede verse, y se puede cortar, incluso se puede hacer biopsia para corroborar esto que estamos diciendo.