

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS PERIANALES EXTRAESFINTERIANAS (*)

Dr. L. Mérola (h.)

La cura quirúrgica de las fistulas perianales presenta como es sabido, problemas de difícil solución: por un lado la posibilidad de incontinencia esfinteriana, y por otro la amenaza constante de recidiva. Estos malos resultados son propios de las fistulas altas, o extraesfinterianas, ya que las submucosas, o intraesfinterianas evolucionan en general bien, a costa de un tratamiento medianamente correcto.

Nos ocuparemos sólo de las primeras.

En los procedimientos que disecan y luego resecan el trayecto fistuloso, (fistulectomías), la recidiva se debe fundamentalmente a la mala cicatrización del orificio interno, a nivel de la pared rectal, favorecida por la infección, por la mala calidad de los tejidos en los que ha asentado la fístula, y por falta de apoyo externo a dicha cicatrización.

Las técnicas que descienden una "cortina" de mucosa sana sobre la zona comprometida, (Roblés - Picot, Elting, Boppe etc.) sólo añaden una seguridad relativa contra la recidiva.

El otro tipo de procedimientos, puesta a plano (fistulostomías), o aún mediante fistulectomías, requieren la sección del esfínter anal la que, como es sabido, no siempre es tan inocua como dicen sus impulsores. La incontinencia no es sólo a veces temporaria, y es casi de regla si se trata en una sesión más de una fístula.

Los procedimientos que reconstruyen el esfínter por sutura, inmediatamente de su sección, pueden dar, sumadas, ambas complicaciones: incontinencia por dehiscencia de la sutura, y recidiva.

No tenemos experiencia en las técnicas de "sección lenta", (Kauffmann, Arnous), del esfínter, así como en las que practican su sección diferida.

Hemos tenido oportunidad de tratar cuatro fístulas altas, (en dos enfermos) por un procedimiento que no hemos hallado en la bibliografía corriente, lo que motiva su presentación ante esta Sociedad. Nos guía un doble propósito: en primer lugar el dar a conocer una técnica sencilla, de ejecución fácil, exitosa en los cuatro casos en que fue aplicada, y que resiste todo argumento teórico en su contra, y en segundo lugar, con el objeto que nos sea señalado por los Miembros de esta Sociedad si existe algún antecedente en la bibliografía sobre algo similar.

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 11 de noviembre de 1962.

Se trata de disecar cuidadosamente el trayecto fistuloso, esperando su integridad y la del esfínter, no con el objeto de resecarla, sino de invertirla hacia la luz del recto dándola vuelta dentro de sí misma, como una manga y dejándola luego pendiente hacia el interior del intestino.

Para poder efectuar esta maniobra de inversión, es necesario resecar el collarete cutáneo de la fístula el que por su grosor, no permitiría la maniobra, así como es imprescindible disecar el trayecto hasta la pared rectal.

En algún caso hemos podido invertirla traccionando de un hilo grueso que la cateteriza, y el que se halla fuertemente amarrado en su extremo distal, y en otros pasando a su través, del recto hacia afuera, el lado fino de un stripper de várices, y ligando la fístula fuertemente por encima de su engrosamiento.

El trayecto fistuloso queda así pendiendo en la luz rectal, como un verdadero pólipo hueco: hacia afuera lo recubre su superficie contaminada, granulomatosa; hacia adentro lo llena el conjuntivo sano, no contaminado, del ambiente perirrectal.

Hemos creído conveniente suturar lo mejor posible los tejidos del foco operatorio, dándole así apoyo a la pared rectal y favoreciendo así la cicatrización. No hemos suturado nunca la piel.

Las ventajas de este procedimiento son las de la fistulectomía, respetuosa del esfínter, pero con la garantía de un bloqueo efectivo del orificio de la pared rectal, que es lo único que asegura contra la recidiva.

Los trayectos fistulosos así tratados se eliminan en pocos días; a la semana ya son prácticamente irreconocibles al tacto. Al parecer, en este plazo, ya existe una cicatrización efectiva del ambiente perirrectal.

Si resultase imposible invertir la fístula, luego de disecada, preferiríamos su traslado en posición subcutáneo-mucosa, intraesfinteriana, de acuerdo a la técnica descrita por Backhaus, para ser tratada como tal en un segundo tiempo.

No hemos encontrado descrita esta técnica en los libros más conocidos, (Bacon, Turell, Kirschner, Quenú, Bickham - Callender etc.). Solamente en el tomo VI de la edición en castellano de Kirschner - Nordmann, pág. 838), en la leyenda de una figura muy poco clara, leemos textualmente: "Fig. 315. Método de la invaginación: la fístula se invagina hacia la luz del intestino, se sutura la musculatura longitudinal de la pared del intestino y se protege o asegura por un colgajo". No existe mención a nada parecido en el texto, así como tampoco en el Tratado de Técnica de Kirschner - Guleke - Zenker.

Dr. R. García Capurro: Me he propuesto ensayar este método cuando hay alguna fistula que realmente parezca que se puede adaptar bien a esta técnica. No conozco ninguna bibliografía al respecto. Hasta ahora he hecho la fistulectomía y la sección del esfínter 10 días después. En realidad no tengo que quejarme de los resultados. Hubo alguna recidiva, pero la impresión mía es de que con esto puedo curarla. En cuanto a la producción de una incontinencia, hecho así, diferido, a los 10 días no he tenido que lamentar ningún caso.