

Tratamiento conservador de las fistulas coxígeas y de algunas perianales

*Dres. JULIO MAÑANA y VLADIMIR GUICHEFF **

La idea de la aplicación de un nuevo método terapéutico para las fistulas coxígeas y algunas perianales, surgió de la lectura de los trabajos publicados por Maurice y Greenwood (1) en 1964 y Stephen y Sloane (2) en 1968.

Los fracasos con el tratamiento quirúrgico de las fistulas coxígeas, nos llevaron a encarar

la aplicación del método que presentamos para un mejor resultado terapéutico.

Desde hace varios años, hemos utilizado todas las técnicas quirúrgicas conocidas en nuestro medio para el tratamiento de tal afección, como son:

- a) Resección del orificio fistuloso y su trayecto, conjuntamente con la piel que rodea la región, dejando una amplia brecha para que cerrara por segunda.

* Profesor Adjunto de Cirugía de Urgencia y Asistente de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).
Presentado el 13 de octubre de 1971.

- b) Resección solamente del trayecto y del quiste.
- c) Fistulotomía, vaciamiento del quiste y curetaje de las paredes.
- d) Resección de piel periorificial y su trayecto con cierre primario.

Ninguno de estos métodos nos dio resultados satisfactorios. Un 20 % de nuestros pacientes tuvieron recidiva de su afección. Las curaciones prolongadas, la pérdida de días laborales, la secreción de la zona granulante y el mal olor que acompaña a ésta, son molestias importantes que sufren los pacientes. Estas causas llegaron a desalentarnos en el tratamiento quirúrgico de la fistula coxígea.

Cambió nuestra manera de proceder la comunicación de Maurice-Greenwood. Estos proponen un método que se basa en dos principios: a) la inyección de fenol en el trayecto fistuloso, y b) el uso de crema depilatoria por un período de tiempo prolongado, partiendo de la base que la recidiva de la fistula se debe la mayoría de las veces a la presencia de pelos en la región.

Este método que comenzamos a usar con cierta reticencia hace dos años, lo fuimos generalizando para ser actualmente nuestro procedimiento de elección.

En una oportunidad nos encontramos frente a una fistula compleja perianal con múltiples trayectos y orificios externos y procedimos de la siguiente manera:

Luego de cateterizado el trayecto principal nos encontramos que dos trayectos convergían a él y si los resecábamos produciríamos una mutilación importante en la región. Decidimos inyectar fenol en los trayectos secundarios. La paciente tuvo un correcto postoperatorio y la evolución fue muy buena. Esto nos decidió a extender el método a algunas fistulas perianales, partiendo de la base que el orificio interno de comunicación de la fistula se encuentra obstruido o la mayoría de las veces cicatrizado, comportándose como una fistula ciega externa.

Con este procedimiento hemos tratado 11 pacientes; 8 con fistulas coxígeas y 3 con fistulas perianales. Pertenecen a la práctica mutual (CASMU) y los que consultan en la Policlínica Quirúrgica del M.S.P. del Cerro.

PROCEDIMIENTO QUE SEGUIMOS

A) Frente al quiste pilonidal supurado: procedemos a la incisión simple, tratando de lograr un buen avenamiento. Esperamos el tiempo suficiente para que el proceso inflamatorio retroceda de manera completa para proceder al tratamiento definitivo posteriormente.

B) Frente a una fistula coxígea ya constituida e inveterada, procedemos a examinarla con estilote romo para observar el trayecto e inyectamos agua para saber la cantidad de c.c. que se necesitan para rellenar el quiste y el trayecto, sin que resume el líquido sobre la piel que rodea al orificio externo. Luego aconsejamos por 15 días el uso de jabón que contenga G11 y crema depilatoria dos veces por

semana. De esta manera logramos que el paciente concurra a la Policlínica o Sala de Operaciones en buenas condiciones de higiene y sin pelos en la región.

Lo colocamos en posición decúbito dorsal, semiflexionado, con separación del pliegue interglúteo. Previa asepsia de la región, hacemos de ella en otros, dado lo poco doloroso del método. Protegemos la piel. En un principio colocábamos crema de silicones, pero últimamente colocamos crema de vaselina, en cantidad suficiente para lograr una capa de 2 a 3 mms. de espesor en una extensión de 5 a 6 cms., alrededor del orificio de la fistula. Procedemos cuando el orificio de la fistula no es de tamaño suficiente (2 a 3 mms.), a dilatarlo con bujías metálicas. Luego curetamos cuidadosamente las paredes del trayecto fistuloso y retiramos el contenido del quiste pilonidal (pelos y detritus) lo mismo que regularizamos su superficie interna. Para esta maniobra tenemos un juego de agujas de tejer, de tipo crochet, de distintos tamaños, cuya parte estilizada nos sirve para dilatar el orificio externo y su parte terminal, en gancho, para curetear las paredes y extraer los pelos. Generalmente durante esta maniobra hay un sangrado discreto. Luego de esto introducimos el fenol, de acuerdo a la cantidad previamente medida por el procedimiento de la introducción de agua en la fistula. El fenol se halla en solución saturada en aceite mineral. Utilizamos para la inyección una aguja gruesa de punta roma con orificio lateral, o cuando se puede se introduce el pabellón de la jeringa. Aspiramos primero para retirar el aire o secreciones, que pueden haber dentro de la fistula, porque si no procedemos de esta forma, la fuerza que hay que hacer para introducir el fenol es mayor y puede hacer refluir éste y salir a presión, salpicando al paciente, cirujano y/o ayudantes, con el consiguiente riesgo de quemaduras. Además al inyectar con presión se pueden lesionar los tejidos circundantes produciendo un proceso inflamatorio nada deseable, que prolongaría la convalecencia.

Se introduce lentamente el fenol en la cantidad preestablecida, que siempre es de 2 a 3 c.c. aproximadamente. Se pone una curación plana que se retira al otro día y el paciente puede reintegrarse a sus quehaceres diarios.

C) Recidiva de fistula perianal.

El mismo procedimiento descrito en el anterior párrafo.

D) Fistulas perianales ciegas externas en los que el orificio de comunicación interna es pequeño. Procedemos de la siguiente manera: Realizamos anestesia local del esfínter estriado del ano, con lo cual logramos una relajación suficiente para ver la zona pectínea y el tamaño del orificio interno. Si existe una franca comunicación renunciamos a este procedimiento. Si no es así, obturamos el canal anal con una mecha impregnada en vaselina sólida, para neutralizar el efecto del fenol sobre la mucosa anal en caso de rezumar por el orificio de comunicación interno. Instilamos el fenol con las mismas precauciones que hacían-

mos notar al describir la técnica de instilación en las fístulas coxígeas.

Dejamos la mecha 2 o 3 horas, luego procedemos a retirarla. El paciente puede reintegrarse a sus tareas habituales.

En las fístulas coxígeas insistimos que el paciente use por dos años, crema depilatoria en la región.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Todos los pacientes evolucionaron bien. Hemos notado que tenemos un número reducido de casos y el tiempo transcurrido (2 años) no es suficiente para aventurar conclusiones definitivas. Ocho pacientes fueron tratados por fístulas coxígeas y 3 por fístulas perianales. Dentro de las fístulas coxígeas 2 fueron recidivas. En todos se obtuvo buenos resultados. Logrando el cierre del orificio de la fístula y la desaparición del trayecto, en un período de 10 a 30 días al producirse la esclerosis química generada por el fenol.

Tuvimos 2 complicaciones; una paciente con fístula coxígea hizo un proceso inflamatorio alrededor de la zona del quiste pilonidal, en el tejido celular subcutáneo, cuya interpretación la atribuimos a la irritación del fenol en el tejido celular perifistuloso; proceso que retrocedió completamente en 15 días con antiinflamatorios y antibióticos.

En otro paciente, una recidiva de fístula coxígea, hubo un corrimiento serohemático importante que duró 10 días, para luego secarse y cicatrizar. Como incidentes menores, tuvimos una quemadura moderada del antebrazo de uno de nuestros ayudantes, por contacto con el fenol. En una paciente, ligera quemadura de los bordes del orificio fistuloso que no tuvo mayores problemas. Por eso es aconsejable tomar las máximas precauciones, de inyectar la justa cantidad de fenol y a baja presión para que no salga a contrapresión y no rezume alrededor del orificio fistuloso. Además hay que tomar las precauciones necesarias, para que el fenol no llegue a la vista de los integrantes del equipo y evitar las quemaduras a nivel del globo ocular, con las graves consecuencias que traen.

DISCUSION

Reconocemos que por varios procedimientos se puede obtener la curación de las fístulas coxígeas. Este es tal vez un método más. Pero las ventajas de este método, a nuestro entender, son importantes para el paciente, para la institución y para el cirujano. Para el paciente porque prácticamente no le impide suspender sus tareas, cosa que económicamente redundaría en beneficio de él y de la sociedad.

Además se evita una anestesia general (cuando ésta se realiza). Para la institución porque no necesita internación sanatorial y la economía en tiempo de internación, sala de operaciones y material de curación, es importante. Para el cirujano, las ventajas se desprenden de lo anteriormente dicho. Es un procedimiento menor de cirugía, que se puede realizar en Policlínica y que si fracasa es mucho más fácil de convencer al paciente a que se someta a una nueva inyección de fenol, que a una nueva intervención. Por las causales antedichas, consideramos que es un método de elección en las fístulas coxígeas y un método a considerar en algunas fístulas perianales.

RESUMEN

Se presentan 11 pacientes portadores de fístulas coxígeas y perianales cuyo tratamiento fue la inyección de fenol en solución saturada en aceite mineral. Se relata el procedimiento seguido en ambas circunstancias. Y se presentan los resultados. Concluimos que es un método a considerar, como tratamiento de elección en las fístulas coxígeas y en las recidivas de éstas y un método a tener en cuenta en algunas fístulas perianales.

RESUME

Présentation de 11 patients atteints de fistules coccygiennes ou périanales, traités par une injection de fenol en solution saturée dans de l'huile minérale.

Description du traitement suivi dans les deux cas et présentation des résultats.

En conclusion, il s'agit d'un traitement qui mérite d'être considéré, tout particulièrement dans les cas de fistules coccygiennes et de récides, et dont on peut tenir compte dans certains cas de fistules périanales.

SUMMARY

Eleven patients with coccygeal and perianal fistulas were treated by injections of fenol in a solution saturated by mineral oil. The paper reports the procedure followed, including the results obtained. We concluded that the method is worth consideration as an elective treatment for coccygeal fistulas and recurrences thereof as well as for some perianal fistulas.

BIBLIOGRAFIA

1. MAURICE, B. A. and GREENWOOD, R. K. A conservative treatment of pilonidal sinus. *Brit. J. Surg.*, 51: 510, 1964.
2. STEPHENS, F. O. and SLOANE, D. R. Conservative management of pilonidal sinus. *Surg. Gynec. Obst.*, 129-4: 786, 1969.