

Introducción

Dr. ALBERTO R. AGUIAR *

Damos comienzo a la Mesa Redonda sobre Procesos Benignos Anorrectales.

Se trata de un tema de gran importancia por la enorme frecuencia que tienen hoy día las afecciones anorrectales, en especial la enfermedad hemorroidaria con sus distintas manifestaciones.

El enfoque terapéutico actual de estas afecciones exige un conocimiento amplio de su fisiopatología, cada día más completa, que aporta elementos fundamentales que están en la base misma de estos procesos y que exigen un enfoque amplio y global de cada afección.

El tratamiento médico ocupa un lugar preponderante, motivo por el cual este panel está integrado con un gastroenterólogo y proctólogo médico.

El tratamiento quirúrgico, precedido muchas veces del tratamiento médico, exige una correcta indicación y un completo conocimiento de la Anatomía Quirúrgica regional, elementos todos que colocan a esta cirugía en un plano de real jerarquía, que desborda ampliamente el falso concepto de considerarla como cirugía menor o de escasa entidad. Esta falsa catalogación es la que nutre, de manera especial, los numerosos fracasos, complicaciones y secuelas de la cirugía anal.

Como en toda la cirugía existen también en este campo diferentes criterios técnicos y

tácticos. Para contemplar esos aspectos y conocer distintos enfoques conceptuales y terapéuticos, participan en este panel representantes de todas las clínicas quirúrgicas de nuestro medio.

El número de afecciones que comprende el tema de esta Mesa es muy grande y la limitación lógica del tiempo impide que las tratemos en su totalidad.

Excluiremos aquellas, que aunque importantes, son menos frecuentes o excepcionales. Así, no serán estudiadas las atresias anorrectales, los procesos inflamatorios específicos como T.b.c., sífilis, linfogranulomatosis, otras como el Crohn de recto, los tumores conjuntivos benignos, las rectitis actínicas, las fistulas rectovaginales, etc.

De acuerdo con los principios enunciados al comienzo, haremos en primer término el estudio de la anatomía quirúrgica del recto y del ano, conocimiento básico para la cirugía de estos procesos. Se verá luego la fisiopatología de la enfermedad hemorroidaria y las directivas del tratamiento médico.

Se estudiarán luego algunos capítulos especiales, que tienen individualidad propia, y veremos así: el tratamiento quirúrgico de las hemorroides y de sus complicaciones, las fistulas anorrectales, los prolapsos del recto, las heridas y traumatismos, y algunos tumores benignos del recto y del ano. Finalmente se enfocará el estudio global de las complicaciones y secuelas de la cirugía anorrectal.

* Profesor Adjunto de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Anatomía quirúrgica del recto

Dr. BOLIVAR DELGADO *

En relación al tema insistiremos en algunos aspectos de la anatomía quirúrgica del recto: A) concepto del órgano; B) sistema esfintérico; C) espacios perirectales. Seguiremos los lineamientos señalados por la Escuela Anatómica Uruguaya rindiendo homenaje a dos nombres: Abel Chifflet y Alberto Fernández Chapela.

A) *Concepto del órgano*: el recto debe considerarse desde el punto de vista de la anatomía quirúrgica como integrado por el recto de la anatomía clásica con el agregado de

un segmento cefálico o recto abdominal y otro caudal o recto anal o canal anal.

Con esta concepción el órgano se extiende desde el origen de la última arteria sigmoidea hasta la piel del periné y comprende 4 segmentos: A1) *recto abdominal* o *recto sigmoide*: semejante al sigmoide por poseer un revestimiento peritoneal y un meso pero vinculado por su irrigación y distribución linfática al pedículo hemorroidal superior.

Por su extremo caudal se continúa con el recto pelviano señalando este límite la pérdida de movilidad y de recubrimiento seroso. Su invaginación fisiológica en el segmento subyacente forma parte del mecanismo del llenado del recto ampular.

* Ex-Asistente de Clínica Quirúrgica, Docente Adscrito de Anatomía (Fac. Med. Montevideo).

A2) *Recto pelviano o ampular*: órgano de almacenamiento ubicado entre el peritoneo y las fascias conjuntivas que forman el verdadero piso pelviano y que hacia atrás lo separan del sacro.

Su límite caudal corresponde a la base de la próstata o fondo de saco vaginal posterior y marca la división de los 2 territorios linfáticos mucosos del recto no comunicantes entre sí.

De igual manera que los otros órganos de almacenamiento pelviano posee una cara peritoneal sobre la que se ejerce la presión abdominal y una cara posterior de apoyo que corresponde a las estructuras óseas a través de las fascias conjuntivas del piso pelviano.

A3) *Recto perineal*: corresponde al recto bajo o subampular de la anatomía clásica; es un segmento estrecho, verdadero canal de evacuación.

Su límite caudal corresponde al borde superior del sistema esfinteriano fácilmente reparable atrás por palpación intraluminal; hacia adelante corresponde al pico de la próstata.

Su cara anterior está unida a la pared vaginal posterior y está separada en cambio de la cara posterior de la próstata por una lámina fibrosa y un espacio celuloso. Dorsalmente corresponde a estructuras perineales: cóccix, nódulo anococcigeo, lámina de Waldeyer.

A4) *Recto anal o canal anal*: este segmento corresponde al sistema esfinteriano. Las estructuras musculares que lo integran forman una unidad funcional en relación a la fisiología rectal y no deben ser simplemente asimiladas a grupos musculares del periné.

Su superficie interna está recubierta por mucosa en la cual se reconoce la línea criptopapilar o pectínea con sus criptas y papilas. Corresponde ésta al límite entre la mucosa cilíndrica rectal y la anal con epitelio epidermoide. No corresponde en cambio al borde superior del sistema esfinteriano que queda a varios centímetros por encima de ella.

Es a nivel de las criptas de Morgagni donde terminan las glándulas anales, de importancia en la patogenia de abscesos y fístulas.

La mucosa rectal desliza fácilmente sobre el plano muscular a expensas de una submucosa laxa; por debajo de la línea pectínea adhiere en cambio al plano muscular del esfínter liso.

A unos 12 mm. por debajo de esta línea la mucosa presenta una zona pálida y lisa que ha sido denominada pecten por Stroud.

No se demarca habitualmente en el revestimiento interno la línea blanca de Hilton o hendidura interesfinteriana de Hibschan correspondiente al borde inferior del esfínter liso, pero la palpación permite su repereaje.

La porción más caudal corresponde a la margen anal y se extiende hasta la línea anocutánea. Subyacente a ella existe una zona de tejido laxo que constituye el espacio perianal.

B) *Sistema esfinteriano*: constituido por 2 sistemas musculares, uno visceral o interno de musculatura lisa y otro voluntario, perineal o externo, formado por el esfínter estriado y

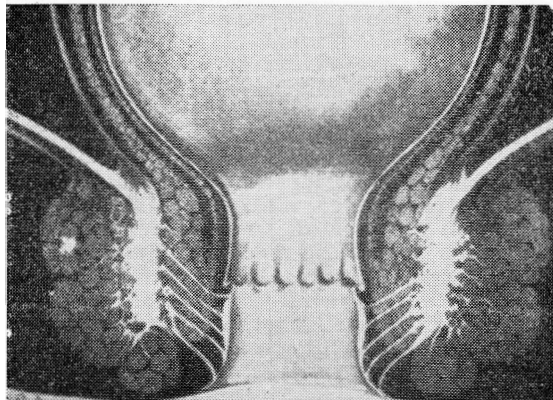


FIG. 1.— Corte esquemático del recto anal para mostrar la disposición del sistema esfinteriano y su correspondencia con el revestimiento mucoso (tomada de A. Chifflet).

el elevador del ano. El sistema externo se dispone en forma de embudo dentro del cual se "invagina" el sistema visceral. Entre ambos queda un espacio ocupado por el séptum intermuscular o tendón conjunto.

Estos 2 sistemas musculares funcionan de manera armónica y coordinada en la contención-eacuación y constituyen conjuntamente con el séptum intermedio y los espacios perianales un verdadero órgano esfinteriano que jerarquiza y da nombre a este segmento del recto.

El esfínter interno o liso está constituido por un espesamiento de la capa circular del recto y termina por un borde libre a unos 6-8 mm. por encima del orificio anal, descendiendo más por su cara dorsal. Hacia el lado cefálico se continúa sin límite neto con la capa muscular del órgano.

El esfínter externo o estriado envuelve al anterior constituyendo un manguito muscular extendiéndose caudalmente más abajo que el esfínter liso y llegando a ponerse en contacto con la piel de la margen anal.

Hacia arriba del lado dorsal se fusiona con la porción puborrectal del elevador del ano constituyendo ambos el borde superior del anillo muscular anorrectal.

Milligan y Morgan describen a este músculo como constituido por 3 porciones: subcutánea, superficial o media y profunda.

Durante la anestesia o la defecación el esfínter estriado se dilata y permite el descenso del esfínter liso que llega entonces a la margen anal, hecho a tener en cuenta en la cirugía de esta región.

Los fascículos puborrectales del elevador del ano terminan a los lados del anillo superior del esfínter liso introduciéndose en el espacio interesfinteriano contribuyendo a formar el séptum anal intermuscular.

En el sector dorsal, estos fascículos se unen entre sí y al borde superior del esfínter estriado constituyendo una "hamaca" que angula al recto entre los sectores perineal y anal y forma el borde superior del anillo anorrectal.

La contracción del elevador acorta y eleva el canal anal y exagera el ángulo posterior facilitando la continencia rectal.

El séptum anal intermuscular o tendón intermedio está constituido por tejido fibromuscular dependiente de las fibras longitudinales del recto, del elevador del ano y de las fascias conjuntivas pelviperineales. Hacia abajo termina en un abanico fibroso que atravesando la porción inferior del sistema esfinteriano, termina en la mucosa anal a la que fija.

Este sistema fibroso solidariza las diferentes estructuras del sistema esfinteriano entre sí, a la piel mucosa anal y aun a estructuras óseas pelvianas, adquiriendo por esta última vinculación el valor de una formación de sostén.

C) *Espacios perirrectales*: el órgano recto sometido a constantes cambios de volumen y dotado de un poderoso sistema esfinteriano posee espacios conjuntivos necesarios para la realización de esa dinámica.

Por esos espacios es por donde transita el cirujano; es allí donde se ubican las colecciones supuradas perirrectales.

En relación a su topografía los dividiremos en: C1) *espacios rectales propiamente dichos*: el tejido conjuntivo perirrectal está dispuesto en láminas que terminan sobre las paredes rectales y dividen estos espacios: 1) lámina pelviana superior o de sostén (Chifflet): es el verdadero piso de apoyo pelviano. Por encima de ella y recubiertos por el peritoneo pelviano se encuentran los órganos de almacenamiento (vejiga, recto pelviano); por debajo de ella y en relación con el sistema esfinteriano los segmentos de evacuación (vagina, próstata y uretra, recto perineal y anal).

Su concepto unitario resulta de la fusión de varias estructuras fasciales conocidas: ligamentos pubovesicoprostáticos adelante; ligamento sacrorrectal por detrás; arcos tendíneos

fascia pelvis a los lados. 2) La lámina abdominopelviana es la continuación de la lámina preaórtica interuretérica que contiene el plexo presacro. Termina en la parte media de la cara posterior del recto; a ambos lados de él se une a la lámina de sostén entre el recto y la base prostática. 3) La lámina pelviperineal es la hoja de recubrimiento superior del elevador del ano. En la porción retrorrectal extendida desde la última vértebra sacra al recto es la más fuerte y se denomina ligamento de Waldeyer.

Hemos visto cómo en su terminación rectal lo hace introduciéndose entre los 2 esfínteres contribuyendo a formar el séptum intermedio.

Estas láminas limitan 4 espacios:

1) *Espacio abdominopelviano*: entre el peritoneo y la lámina abdominopelviana; corresponde al espacio subperitoneal y contiene el pedículo hemorroidal superior. La vinculación a ambos lados de los uréteres al peritoneo limita lateralmente este espacio que hacia adelante termina en el propio recto.

2) *Espacio retrorrectal alto o intersacro rectal visceral*: está situado entre la lámina abdominopelviana arriba y adelante, el recto pelviano adelante y la lámina de sostén por detrás separándolo del sacro. Hacia abajo el espacio se cierra por la firme adherencia de la lámina al recto; atrás y arriba la lámina abdominopelviana adhiere a los grandes vasos por delante del promontorio; adelante y a los lados el tabique genital cierra el espacio.

Este es similar al espacio perivesical permitiendo los cambios de volumen del sector de almacenamiento.

3) *Espacio retrorrectal bajo o intersacro-rectal parietal*: ubicado entre la lámina de sostén y la pelviperineal. Atrás el sacro cierra el espacio; adelante y en la parte media el recto perineal forma su pared anterior; a ambos lados de éste, el espacio se continúa y se une entre sí por delante del recto en el hombre estando cerrado en la mujer por adherencias entre el recto y la vagina.

4) *Espacio pelviperineal*: situado entre el músculo elevador del ano y la lámina pelviperineal. Es a través de este espacio que se puede pasar por error a ambos lados del recto y contornearlo conjuntamente con la próstata y uretra.

C2) *Espacios conjuntivos del sistema esfinteriano*:

1) *Espacio intraesfinteriano*: entre el esfínter liso y el revestimiento mucoso del canal anal presentando 2 porciones: a) superior o submucoso, correspondiente a los 2/3 superiores del espacio; corresponde al espacio de deslizamiento de la mucosa durante la defecación; contiene el plexo venoso hemorroidal interno. b) Inferior o perianal (margen anal): corresponde en profundidad al sector subcutáneo del esfínter estriado; contiene el plexo venoso hemorroidal externo y grasa finamente lobulada por la terminación a ese nivel de las fibras del séptum intermedio.

2) *Espacio interesfinteriano*: entre esfínter liso y estriado y subdividido por el tendón intermedio.

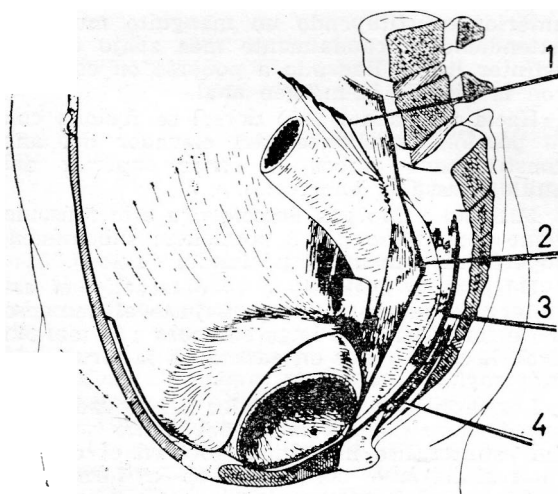


FIG. 2.—Corte esquemático sagital de la pelvis mostrando la disposición de las láminas pelvianas. (Tomada de A. Chifflet). 1. — Mesorrecto con el pedículo hemorroidal superior. 2. — Lámina abdominopelviana. 3. — Lámina de sostén. 4. — Lámina perineal.

3) *Espacio extraesfinteriano*: lateralmente corresponde al espacio pelvirrectal inferior o fosa isquiorrectal ocupada por grasa y el pedículo hemorroidal inferior. Esta grasa es groseramente lobulada a diferencia de la del espacio perianal de la que está separada por una delgada fascia (Milligan). Hacia adelante se prolonga por dos recesos anteriores por encima del diafragma urogenital; por detrás está limitado por el ligamento sacrociático mayor y el borde inferior del glúteo mayor. Por detrás entre el rafe anococcígeo y el rafe de los elevadores queda un espacio denominado retroesfinteriano o subesfinteriano posterior a través del cual comunican entre sí ambas fosas isquiorectales (Fernández Chapela) constituyendo un solo espacio en forma de herradura que abraza el embudo anal.
