

Fístulas ano-recto-cutáneas

Dres. CARLOS GOMEZ FOSSATI y ALBERTO ESTEFAN SEGUI *

Gabriel (35), define las fístulas como una "comunicación anormal entre 2 cavidades o entre una cavidad y la superficie externa".

Limitando este concepto, circunscribiremos nuestra exposición a las fístulas ano-recto-cutáneas, es decir, aquellos trayectos tubulares, crónicos, granulantes, que comunican la luz del ano-recto con la superficie de la piel.

Excluimos por lo tanto de nuestro estudio a las mal llamadas "fístulas ciegas", más propiamente denominados senos o recessos ciegos, cuya propia existencia es discutible (6).

La fístula ciega externa es solamente un error de apreciación: un estilete puede no penetrarla, pero la inyección de líquido coloreado o de gas, siempre revela la comunicación anal.

La fístula ciega interna, es sólo un estadio evolutivo de comienzo y luego de un tiempo, siempre será completa.

* Asistente de Clínica Quirúrgica y Residente de Cirugía (Fac. Med. Montevideo).

Como dice Arnous (6), las fistulas tienen siempre un punto de partida anal, glándulo-críptico y no son jamás ciegas, sino siempre completas o en vías de serlo.

Hemos realizado un estudio del tema, que incluye una revisión retrospectiva de la casuística del Hospital de Clínicas de Montevideo. A esos efectos analizamos una muestra estadísticamente significativa de los casos que componen la población total de enfermos con fistulas anorrectales de dicho centro hospitalario, cuyos resultados iremos presentando a medida que desarrollemos nuestra exposición.

CLASIFICACION

Los criterios de clasificación son muy variados, pero el más importante desde el punto de vista práctico, por las implicancias terapéuticas y pronósticas que supone, es aquel que contempla la relación de su trayecto principal con el aparato esfinteriano anal.

Distinguiremos, según este criterio, siguiendo a Milligan y Morgan (Fig. 1):

—*Fistulas intraesfinterianas* (subcutáneomucosas), que transcurren por debajo de la piel perianal y la mucosa anal de transición.

—*Fistulas transefinterianas*, que transcurren entre los distintos fascículos del aparato esfinteriano y que cabe subdividir en:

- *bajas*, inferiores o interfasciculares, entre el haz subcutáneo del esfínter estriado y el borde inferior de esfínter liso, que son el tipo predominante en casi todas las series, y

- *altas*, superiores o transfasciculares, que atraviesan el esfínter interno y los 2 haces inferiores del externo, por debajo del anillo anorrectal.

—*Fistulas extraesfinterianas*, completamente por fuera del aparato esfinteriano, escaso porcentaje del total (menos del 5 %) - (31,57) que aunque pueden tener un origen glandulocríptico a partir de un absceso intermuscular alto evolucionado hacia la fosa isquiorrectal, se relacionan casi invariablemente con traumatismos endoluminales (cuerpos extraños, etc.) o quirúrgicos (81) o con procesos supurados del espacio pelvirrectal superior.

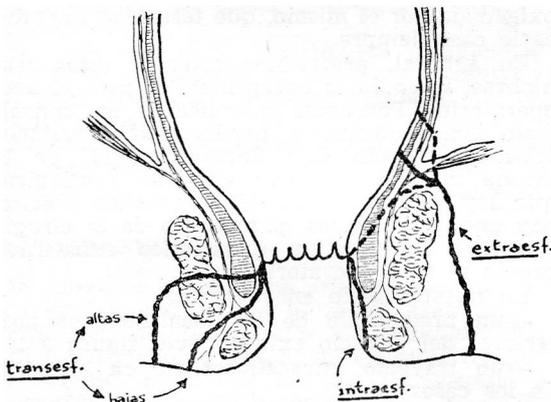


FIG. 1.— Clasificación de las fistulas anorrectocutáneas, según la relación esfinteriana de su trayecto principal.

INCIDENCIA

La frecuencia de las fistulas anorrectales, parece disminuir progresivamente con el tiempo. En el Hospital "Saint Mark's", de Londres, por ejemplo, las consultas por tal motivo han descendido de la tercera parte a apenas la séptima parte del total de consultas proctológicas desde principios de siglo hasta la época actual (57).

En nuestro estudio estadístico, se comprueba, incluso en los últimos años, una tendencia similar.

Si bien los factores condicionantes de esta prevalencia decreciente de la afección, son múltiples y seguramente variables de un lado a otro, queremos destacar entre ellos:

- el tratamiento más precoz de las afecciones anales predisponentes.

- los superiores procedimientos antiinfecciosos disponibles,

- y sobre todo, *el mejor tratamiento de los absesos anorrectales*, que drenados precoz y adecuadamente, pueden curar sin dejar una fistula como secuela inevitable (6, 18, 57).

Son más frecuentes en la edad adulta, sobre todo, como se observa claramente en nuestra serie, (cuadro I) entre los 20 y 60 años, con una prealencia máxima en la 4ª década de vida.

En cuanto a la distribución por sexo, son de 2 a 4 veces más frecuentes en el hombre que en la mujer (80 %, contra 20 % en nuestra casuística).

CUADRO I

Distribución por edades

de 10 a 19 años	2.5 %
" 20 a 29	19 %
" 30 a 39	26 %
" 40 a 49	29 %
" 50 a 59 "	12 %
" 60 a 69	9 %
" 70 a 79	2.5 %

ETIOPATOGENIA

Si dejamos de lado las infecciones específicas (tuberculosis, colitis ulcerosa, enf. de Crohn, etc.) y las fistulas postraumáticas, que no trataremos y que son un escaso porcentaje del total, *la gran mayoría* (en nuestra serie más del 90 %) siguen en su evolución a un absceso anal inespecífico, cuyo drenaje espontáneo u operatorio deja constituido un trayecto fistuloso (6).

Dichos absesos a su vez tienen su origen, en la infección de las glándulas anales o proctodiales (6, 18, 31).

Estas glándulas, cuyo papel en la génesis de las infecciones fistulizantes del ano se conoce desde hace relativamente poco tiempo, se originan en el fondo de las criptas de Morgagni (sobre todo del hemiano posterior), tiene una estructura túbuloacinosa, simple o ramificada, un trayecto en general descendente; atraviesan en un 60 % de los casos el esfínter liso y se dividen en varias ramas, la mayoría orientadas en sentido caudal, en el espacio celuloso

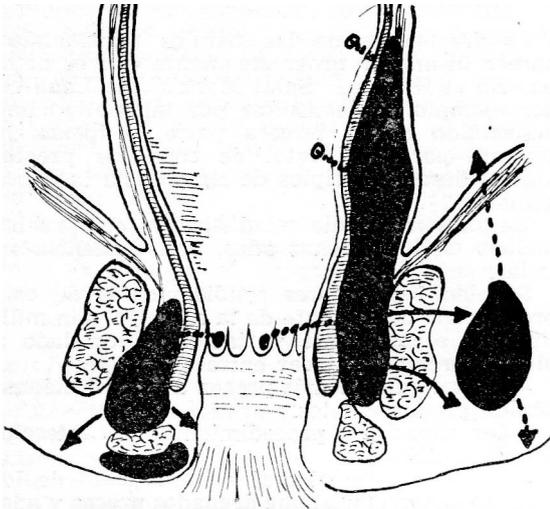


FIG. 2.— Evolución descendente o ascendente de los abscesos o adenoflemones del espacio interesfinteriano. Adaptado de Arnous y col. (5).

interesfinteriano que queda por dentro de la capa longitudinal compleja, a la que raramente atraviesan (18, 33, 50, 52).

La infección de estas glándulas anales, producida por:

- microtraumatismos,
- procesos de criptitis,
- o la introducción de materias líquidas en su conducto principal, origina una adenitis obstructiva que evoluciona hacia el absceso glandular o adenoflemon, que puede ubicarse, según la modalidad anatómica de la glándula afectada, en el espacio subcutáneo mucoso o en el espacio interesfinteriano (29). En este caso, (ver Fig. 2), el esfínter liso hace de barrera y obliga al proceso supurado a evacuarse hacia otra parte, en general, bajo la influencia de la dinámica regional (22) hacia la margen anal, invadiendo el espacio subcutáneo, por dentro o por fuera del haz subcutáneo del esfínter estriado. Como se ve a la derecha del esquema, la evolución puede también ser ascendente, hacia el recto perineal (originará las fístulas rectorrectales, que no trataremos), o externa, a través de los haces superiores del esfínter, hacia la fosa isquirrectal.

La infección cripto-glandular, el absceso y la fístula anal, son pues las 3 etapas evolutivas de una misma afección, que Arnous (6) llama "infecciones fistulizantes del ano".

CLINICA

Resumimos en el cuadro II las manifestaciones clínicas halladas en nuestra serie. Como vemos la situación habitual es la de una supuración crónica intermitente. Los abscesos a repetición se ven con frecuencia. La pérdida de gases y materias por el trayecto, son en cambio excepcionales.

CUADRO II

Síntomas

—dolor	38 %
—supuración crónica intermitente	73 %
—abscesos a repetición	17 %
—sangrado	13 %
—prurito	8 %
—pérdida de materias	5 %
—ardor	2 %
—pérdida de gases	2 %

DIAGNOSTICO

La historia aportada por el enfermo, en la que en general se refiere la existencia de un proceso supurado (absceso), drenado quirúrgica o espontáneamente y seguido de un corrimento purulento continuo o intermitente, es altamente sugestiva.

Pero es el examen clínico en última instancia el que confirma el diagnóstico de fístula anorrectal y precisa sus caracteres, a la vez que descarta otras afecciones regionales (de origen dermatológico, paracoccígeo o pelviano) que pueden simularlas (47, 57, 85).

Interesa, a los efectos de realizar un correcto tratamiento:

a) *localizar el orificio externo*, cuya distancia con la margen anal está vinculada con frecuencia a su relación esfinteriana (81).

b) *investigar el trayecto* por la palpación (tracto indurado en los procesos crónicos) o el cateterismo con estilete maleable y palpación bidigital (endo y exoanal) del mismo, que permite valorar aproximadamente su relación esfinteriana.

c) *localizar el orificio interno*, mediante examen palpatorio y visual con anoscopio adecuado. Se ubica en general en la línea pectínea, al hallar una cripta engrosada o dolorosa al tacto (si está en la etapa supurativa aguda) o que da salida a pus al exprimir el trayecto o que se umbilica al traccionar desde el orificio externo (81).

Si todas estas maniobras son infructuosas, se podrá intentar:

- el cateterismo desde el orificio externo, o
- la inyección de colorantes o mejor de agua oxigenada por el mismo, que terminan por ubicarlo casi siempre.

En general, preferimos reservar estas maniobras, salvo casos excepcionales, para el acto operatorio. Pensamos que hechas en consultorio son molestas y pueden dar resultados falseados. Como dice Zorraquín (31), de la misma manera que hay vientres quirúrgicos que hay que operar sin un diagnóstico preciso, hay anos quirúrgicos, patrimonio de la cirugía y no se necesita un diagnóstico exhaustivo previo al acto operatorio.

En nuestra serie encontramos:

- un predominio de las localizaciones posteriores del Orificio externo (ver figura 3),
- un trayecto intraesfinteriano en el 46 % de los casos,
- tranesfinteriano (en general bajo) en el 47 % de los casos,
- y extraesfinteriano en sólo 4 % del total.

ORIFICIO FÍSTULOSO:

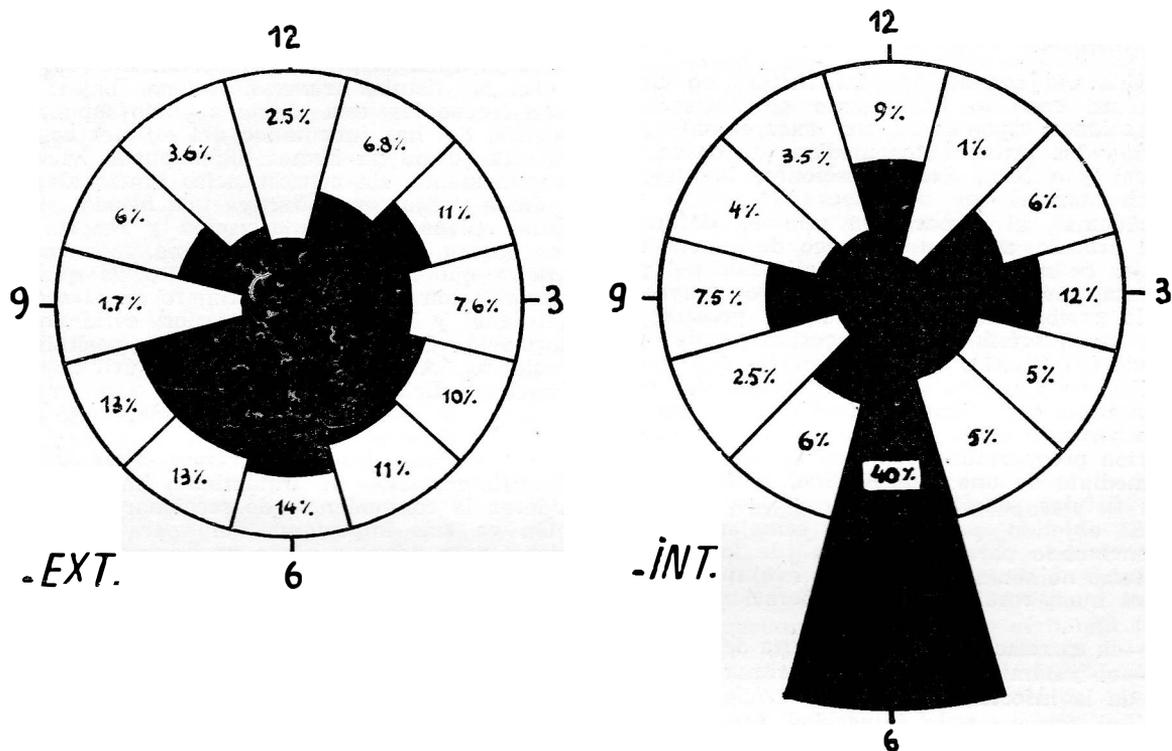


FIG. 3.—Topografía de los orificios externo e interno de las fístulas en la serie estudiada: (la ley de Goodsall y Salmon, se cumple en un alto porcentaje de casos, como lo demuestra claramente este esquema).

—y un orificio interno ubicado (según muestra la figura 3), en un 40 % de los casos en la línea media posterior.

Como vemos, la vieja ley de Goodsall y Salmon que indica que en las fístulas del hemiano anterior, el orificio interno enfrenta al externo en el mismo radio y en las del hemiano posterior en general se sitúa en la línea media posterior, se cumple en los casos revisados en un alto porcentaje de casos, y tiene por ende su utilidad.

De más está decir que deberá completarse el estudio endoscópico y radiológico colorrectal, para descartar patología asociada, en todos los casos.

No tenemos experiencia con la fistulografía, que creemos empero un procedimiento útil, sobre todo en las fístulas externas o complejas.

TRATAMIENTO

El correcto y oportuno tratamiento quirúrgico de los absesos, es el mejor tratamiento profiláctico de las fístulas anorrectales (55).

El insistir con el tratamiento antibiótico por vía general, suele dar un carácter tórpido a la supuración, con el desarrollo de una esclerosis densa y mutilante que luego dificulta el inevitable drenaje que habrá que hacer para concluir con el proceso (6).

El objetivo quirúrgico es claro: lograr una amplia apertura de la cavidad abcedual y sus recesos, asegurando el adecuado tratamiento de la fuente primaria de la supuración, el respeto a su vez de la integridad funcional del aparato esfinteriano y el correcto drenaje de la herida operatoria.

Si bien es cierto que con anestesia local y en consultorio se pueden solucionar, mediante apertura perineal, las supuraciones perianales, no es menos cierto que tal conducta deja en general un trayecto fistuloso (31).

Lo ideal entonces es la realización, bajo anestesia general, de un amplio debridamiento por destechamiento de la cavidad abcedual, incluyendo el tratamiento de la cripta origen del proceso y la sección de las fibras musculares internas al mismo, teniendo especial cuidado en respetar el sector profundo del aparato esfinteriano, que asegura la continencia.

Cuando las relaciones de la cavidad abcedual con los haces esfinterianos son poco netas, por el proceso inflamatorio existente o por la relación condicionada por el procedimiento anestésico (sobre todo si se han usado curarizantes), puede dejarse enhebrado su trayecto, difiriendo la sección muscular para más adelante (39), cuando se pueda precisar con exactitud dicha relación y la importancia del sacrificio muscular que la puesta a plano del

abceso requiere. Incluso puede optarse por desistir de la misma (dejando que se constituya la fístula para tratarla más adelante por otro procedimiento), si se considera que dicha sección muscular puede poner en peligro la continencia.

Una vez constituidas, las fístulas no curan sin un correcto tratamiento quirúrgico: las curaciones espontáneas son excepcionales (35, 57) y los tratamientos médicos de orden general y/o local (cauterizaciones, inyecciones esclerosantes) son ineficaces (57).

Además, al demorar la solución definitiva del proceso, suponen el riesgo de nuevos empujes de supuración y complejización del problema por la aparición de nuevos trayectos, y la posibilidad también siempre presente en los casos crónicos, de cancerización del trayecto (57, 81, 97).

Ello no significa, sin embargo, que una anti-bioterapia correctamente usada, no sea un útil coadyuvante de la cirugía, tanto en la preparación preoperatoria como en el postoperatorio inmediato de una intervención, sobre todo en las fístulas complejas.

El *objetivo quirúrgico* es semejante al ya mencionado para los abscesos (de los que las fístulas no son sino el estadio evolutivo final), y el buen resultado de la operación depende de:

- la correcta exéresis o apertura del trayecto,
- el tratamiento del orificio primario o fuente de la infección,
- el respeto a la integridad funcional del aparato esfinteriano,
- y el correcto drenaje de la herida operatoria.

Respetando estos principios generales, el tratamiento debe adaptarse a cada caso en particular, teniendo en cuenta la relación esfinteriana del trayecto y las características anatómicas funcionales del recto anal de cada paciente. No es lo mismo seccionar el haz superficial del esfínter estriado (que no suele acarrear ningún trastorno funcional) en un ano normal, que en un ano corto o un ano hipotónico, más predispuestos a la incontinencia (57).

Si bien en la serie revisada se usó la *anestesia local* en un alto porcentaje de casos (22 % del total) creemos que tal práctica debe ser desterrada. La anestesia epidural o caudal o la anestesia general, que permiten por las razones ya mencionadas una exploración y un tratamiento más correctos, conviene sean usadas aún en los casos simples y deben ser usadas obligatoriamente en los complejos (55).

Empleamos en general la *posición ginecológica* en la cirugía anal pero reconocemos con Laurence (57), que la posición en decúbito prono con las caderas flexionadas ("en navaja") puede ser ventajosa para el tratamiento de las fístulas anteriores o laterales, ya que quedando el hemiano anterior en un plano inferior, es más sencilla la visualización del trayecto.

Se pueden reconocer esquemáticamente 2 situaciones:

a) *Fístulas simples*.— Son las subcutáneo-mucosas y las transesfinterianas inferiores, vírgenes de todo tratamiento previo.

El trayecto puede ser puesto a plano por simple fistulotomía o reseco mediante fistulectomía, que preferimos.

En todos los casos debe cuidarse incluir en la resección el orificio interno, para evitar recidivas, y si no se encuentra por estar cerrado, toda la zona críptica correspondiente (40).

En las fístulas transesfinterianas bajas, las más frecuentes, esta puesta a plano supone la sección del haz subcutáneo del esfínter estriado, que como ya hemos dicho puede hacerse impunemente, sin consecuencias funcionales.

Debe quedar en definitiva una herida triangular, plana por regularización y recorte de los bordes elevados de la misma, más ancha afuera que adentro, a los efectos de que la cicatrización se complete primero en el sector intraanal y luego en el exterior, evitando la formación de puentes o recesos que posibilitan recidivas. A esos efectos, creemos útil la realización adicional sistemática de una amplia incisión de descarga o de debridamiento externo de Salmon.

b) *Fístulas transesfinterianas altas y extraesfinterianas*.— Su tratamiento implica considerar la conveniencia de seccionar una porción ya más importante del aparato esfinteriano, para poner a plano su trayecto, con los consiguientes riesgos funcionales que ello trae aparejado.

Se han desarrollado varias técnicas, para obviar los riesgos de esta sección o resección parcial muscular. Ellas son:

1.— *división y sutura primaria del esfínter* en el mismo acto operatorio. Consiste en la resección de todo el trayecto fistuloso incluyendo el sector esfinteriano correspondiente y sutura directa primaria simple del esfínter, con drenaje por la zona isquiorrectal no suturada. Es una técnica de alto riesgo funcional y no la aconsejamos.

2.— *división diferida del esfínter*, luego de fistulectomía tubular se deja enhebrado el sector esfinteriano que queda por dentro del trayecto, el que se secciona en un 2º acto quirúrgico (10 a 15 días después) una vez que la fibrosis cicatricial incorpora los extremos musculares de modo de evitar su separación al ser incidido (6).

Una variante semejante es la sección mediante ligadura elástica progresiva, que logra el mismo efecto y cae espontáneamente en plazo de 7 a 10 días.

Cualquiera de estos procedimientos tiene el inconveniente de dejar una cicatriz longitudinal en el conducto anal, que si bien en general es poco evidente, puede condicionar a veces una deformidad que impide la oclusión total del ano, permitiendo el escurrimiento de secreciones o el prolapso de la mucosa (57). Y además, tiene un riesgo (menor que con la sección y sutura primaria, pero innegable) de incontinencia, y todas las incontinencias halladas en nuestra revisión se hallan entre las fistulotomías por fístulas altas.

3.— *fistulectomía tubular, sin sección esfinteriana, con plastia de la mucosa*: consiste en la disección tubular y exéresis del trayecto fistuloso, incluyendo su orificio interno y el descenso (previa movilización) de la mucosa de la zona, fijándola a la piel o al esfínter sub-

cutáneo a la manera de cortina, cubriendo el extremo interno del trayecto y evitando así la recidiva.

Este procedimiento, ideado separadamente por Roblès (80) y Picot (75), creemos que es de gran utilidad y realizado correctamente, evitando sobre todo un descenso forzado, a tensión, mediante una correcta movilización previa del colgajo mucoso, soluciona adecuadamente estos casos.

4.— *descenso simple de la mucosa*. Chambouleyron (18), dando máxima importancia al orificio interno, considera inútil toda intervención sobre el trayecto y el orificio externo. Reseca la zona criptica afectada y desliza colgajo mucoso para cubrirla, despreocupándose del resto de la fístula que cura espontáneamente.

No tenemos experiencia con esta técnica, que ha dado buenos resultados en otros medios.

5.— *dissección tubular de la fístula e inversión del trayecto*. Naveiro (72), aplicando el concepto de von Hacker para las fístulas branquiales del cuello, y a los efectos de evitar la dificultad que supone el cierre del orificio interno cuando se realiza fistulectomía tubular, propone en 1940 una técnica que incluye:

- dissección tubular del trayecto,
- resección de su porción cutánea,
- inversión del sector interno a la luz rectal y ligadura del mismo, y mechado del lecho del trayecto extirpado.

Afirma tener buenos resultados.

En nuestro medio Mérola (68) ha aplicado desde 1962 una técnica que en sus aspectos esenciales es similar, también con buenos resultados. No tenemos experiencia con ninguna de ellas.

Algunos tipos de fístulas plantean problemas especiales:

—*las fístulas en herradura*, con 2 trayectos isquiorrectales en general convergentes hacia un trayecto principal único que se abre en una cripta posterior. Su tratamiento debe comprender:

- la exéresis de los trayectos isquiorrectales hasta el rafe postanal,

- y el tratamiento del trayecto transesfintérico alto posterior, por alguno de los métodos descritos.

—*las fístulas con recesos por encima del plano del elevador*, casi siempre fruto de alguna intervención anterior, que son difíciles de drenar,

—*las fístulas con trayectos múltiples y bizarras*,

—*y las polifistulosis*, que en algunos casos escapan a toda descripción.

Deben tratarse con paciencia, escalonando los procedimientos y siguiendo los mismos principios tácticos generales ya expuestos. Debe

recordarse al respecto, que de hacerse secciones musculares, nunca deben realizarse 2 simultáneas en el mismo acto operatorio.

Debe insistirse, por último, que en todos los casos hay que realizar el tratamiento de toda otra patología anal asociada (en especial aquellas de la zona criptopapilar; papilas hipertróficas, criptitis, etc.) con el criterio de cirugía integral del recto anal, sobre el que insistió Chifflet en nuestro medio (22), y que pone a cubierto de complicaciones postoperatorias.

Terminamos la operación mediante la colocación de un tubo de goma fino en la luz del conducto anal y gasas vaselinadas finas alrededor, en la zona cruenta, saliendo hacia afuera por la incisión de descarga, para drenar y emparedar el canal (22).

El postoperatorio debe vigilarse personalmente por el cirujano, para controlar el proceso de cicatrización de la herida, tal cual ha sido ya dicho por otro expositor.

RESULTADOS

En las fístulas "simples", cualquiera sea el procedimiento utilizado (en realidad la fistulotomía con curetaje y puesta a plano del lecho equivale prácticamente a una fistulectomía y no hay razón para oponerlos), drenando correctamente la herida y vigilando cuidadosamente el proceso de cicatrización, la curación es lo habitual, sin secuelas funcionales, y en un plazo variable, en general de 4 a 8 semanas.

Las fístulas "complejas", pueden también resolverse satisfactoriamente y sin riesgo funcional importante, mediante las técnicas que descienden la mucosa rectal, previa discción y exéresis tubular de la fístula, que son las que preferimos. De todos modos, existe un pequeño porcentaje de recidivas.

Las causas de las mismas son múltiples, y pueden depender del paciente (que no concurre a vigilar su postoperatorio con la asiduidad indicada), o del cirujano: lo más frecuentemente por el fracaso en la búsqueda y falta de tratamiento del orificio interno de la fístula (55). Otra causa frecuente de recidiva es la falta de puesta a plano de algún trayecto secundario ignorado.

Por supuesto, si el factor etiológico no se trata, por ignorancia del mismo, en aquellas raras fístulas que reconocen en su génesis una causa específica (tuberculosis, Crohn, etc.), la recidiva es la regla.

El tratamiento de estas recidivas suele ser complicado, exige paciencia y minuciosidad, y las posibilidades de obtener una curación con restitución anatómica y funcional completa, disminuyen con cada nueva intervención.