

# Abscesos y fístulas perianales

## Consideraciones diagnósticas y terapéuticas

Dres. Jorge Bermúdez Villegas,  
Omar Rompani, Gustavo Veirano,  
Fernando Gutiérrez, Daniel Corradi

Luego de señalar algunas precisiones anatómicas y patogénicas, los autores han adoptado la clasificación de Parks, señalando algunas diferencias anatómicas. Esta clasificación ha sido empleada en una serie consecutiva de 94 pacientes. Se discuten luego los conceptos terapéuticos empleados en el tratamiento de estos pacientes, enfatizando la necesidad de la exploración bajo anestesia y el conocimiento de varias técnicas, sobre todo la puesta a plano hacia el exterior o hacia la luz rectal y la técnica de Parks con o sin sección diferida del esfínter. El empleo de estas técnicas, adecuando a cada caso, permitió, en la serie presentada, obtener buenos resultados, sin secuelas.

PALABRAS CLAVES (Key Words, Mots Clés) MEDLARS:  
ANUS DISEASES/SURGERY

### SUMMARY

#### PERIANAL ABSCESS AND FISTULA-IN-ANO

After some anatomic and pathogenic comments, the authors have adopted Parks classification, pointing some anatomic differences. This classification have been used on a consecutive series of 94 patients. Guidelines of treatment is discussed, stressing the importance of exploration under anesthesia and the use of several techniques, specially the laying open and Park's technique with or without the use of Seton for delayed section of sphincters. Using these techniques, with an adequate selection of indication, results in the series here presented was very good, without any sequelae.

### RÉSUMÉ

#### ABCES ET FISTULES PERIANALES

Après avoir fait certaines précisions anatomiques et pathogéniques, les auteurs ont adopté la classification de Parks, en précisant certaines différences anatomiques. Cette classification a été employée dans une série consécutive de 94 malades.

On discute ensuite les concepts thérapeutiques employés dans le traitement de ces malades. Ils emphatysent sur le besoin de l'exploration sous

*Clinica Quirúrgica "A" (Prof. Dr. A. Aguiar).  
Clinica Quirúrgica "B" (Prof. Dr. J. Pradines)  
Hospital de Clínicas y "Clinica Quirúrgica "1"  
(Prof. Dr. B. Delgado). Hospital Pasteur, Facultad de Medicina, Montevideo.*

anesthésie et la connaissance de plusieurs techniques, surtout la mise à plan vers l'extérieur ou vers l'intérieur du rectum et la technique de Parks avec ou sans section différée du sphincter. Ils ont employé ces techniques en les adaptant à chaque cas particulier, ce qui leur a permis d'obtenir de bons résultats sans séquelles.

## INTRODUCCION

### Etiología - Patogenia

Si bien esta patología es de una extraordinaria frecuencia, tanto en la forma aguda como crónica, son muy escasas las oportunidades en que se ha tratado en el seno de esta Sociedad. Exceptuando un trabajo del Dr. L. Mérola (6), es recién en una Mesa Redonda del XXIII Congreso de Cirugía, en 1973 que este tema es tratado en su conjunto dentro de la Patología anorectal benigna. Es por ello que nuestro estudio debía ser completo y basado en determinados fundamentos anatómicos, que expusieramos en un trabajo preliminar (14) (15) y en la experiencia personal. De los primeros debemos recordar y señalar el criterio cada vez más aceptado por la mayoría de los autores (7) (5) (2) (13), del origen criptoglandular de los abscesos. Esta concepción es, sin embargo, puesta en duda por autores de la jerarquía de Goligher (3). Del punto de vista anatómico demostramos la realidad de la existencia de un espacio interesfinteriano ubicado entre el esfínter externo y elevador por fuera y las fibras longitudinales y esfínter interno por dentro (ver esq. I). Señalamos aquí nuevamente nuestra discrepancia con las descripciones ya clásicas de Eisenhammer (2), Goligher (3) y Parks (9), quienes sitúan dicho espacio entre las fibras longitudinales y circulares (lisas) hecho anatómica y embriológicamente incorrecto. Dicho espacio es de fundamental importancia en la patología que estamos tratando, debido a su relación con el fondo de las glándulas anales, las cuales atraviesan, en grado variable pero a veces completamente, el espesor del esfínter liso, circular y longitudinal. Por ello es que su infección, con obstruc-

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 28 de Julio de 1982.

Prof. Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica. Ayudante de Clase de Anatomía. Pte. Interno y Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Osorio 1275, Montevideo (Dr. J. Bermúdez)

ción del conducto que desemboca en el fondo de las criptas, produce un absceso que llamamos primario o críptico (esq. 2, No. 1), ubicado en la mayoría de los casos en el espacio interesfinteriano, aunque a veces se lo encuentra en el espesor del esfínter liso. De ahí el proceso supurado, tiende a migrar siguiendo, como en toda la patología infecciosa, las vías naturales, es decir, los espacios celulosos.

Los abscesos, con dicho punto de partida, pueden diseminarse en sentido vertical, transversal o circular. En sentido vertical la prolongación más frecuente es descendente, hacia el espacio de la margen anal (abscesos superficiales conocidos por muchos como subcutáneo-mucosos o perianales) (esq. 2 Nros. 3 y 4). En sentido vertical ascendente pueden atravesar el nivel de los elevadores y su inserción en el recto constituyendo el absceso pelvirectal superior (No. 5) o el intermuscular alto (No. 6) que se ubica por fuera de las fibras musculares del recto y por dentro de la fascia visceral rectal. En esto discrepamos enfáticamente con los autores previamente citados, quienes lo ubican entre capas circulares y longitudinales, espacio inexistente e imposible de disecar.

En sentido transversal atraviesan los haces del esfínter externo, hacia la fosa isquirectal o isquional. Estos constituyen los abscesos isquirectales (No. 2) y luego los trayectos transenfinterianos. La altura por la cual atraviesan los haces musculares es muy variable, pero en una mayoría lo hacen a un nivel medio o bajo, entre los llamados haces superficiales y profundo (división discutible). Otros los hacen a un nivel más alto, entre elevador y esfínter externo, plano inconstante.

Los abscesos en su evolución espontánea pueden abrirse por compresión, necrosis, etc., hacia los planos superficiales (piel, canal anal o recto), o pueden difundirse en forma de flemón, dando origen a extensos y graves procesos supurados, que por sepsis pueden incluso llevar a la muerte. Ello va a depender de su topografía inicial, del o los gérmenes en juego y de la inmunidad del sujeto. Es por ello que abscesos profundos en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos revisten una importante gravedad.

Las fistulas constituyen una etapa crónica de un absceso drenado espontánea o quirúrgicamente, pero no todos los abscesos terminan en fistulas. Un porcentaje variable, pero de aproximadamente un 30o/o (3) cura luego del drenaje; lo que es difícil de asegurar es que dicha cura sea definitiva.

Las clasificaciones de las fistulas es materia de continuas controversias, existiendo inúmeras clasificaciones; adoptamos la terminología empleada en el Hospital St. Mark's, de Londres (12): la definición de fístula es todo trayecto que comunica el canal anal o el recto con un orificio perianal. Amplian la definición considerando los abscesos o cavidades con comunicación interna demostrable. A su vez los trayectos pueden ser principales o secundarios. Se considera abandonado el concepto de fístula ciega, ya sea interna o externa. La terminología es esencialmente anatómica (esq. 3) y considera las fistulas como: 1-Interesfintericas, entre esfínter liso y estriado. 2-Extraesfintericas, aquellas que comunican el recto con la piel atravesando directamente el elevador y la fosa isquirectal. 3-Transesfintericas, aquellas que originadas en un absceso interesfinterico, han seguido su trayecto transversal atravesando

los haces del esfínter estriado. A su vez, de acuerdo a la altura que lo atraviesan, pueden ser altas, medias o bajas. 4-Supraesfintericas aquellas que, originándose en una cripta y teniendo primariamente un trayecto ascendente, secundariamente se drenaron a través del elevador y fosa isquirectal hacia la piel perineal. En general son secuela de un tratamiento quirúrgico erróneo, como veremos más adelante.

Los abscesos y fistulas pueden además extenderse secundariamente en sentido horizontal circular, constituyéndose en herradura. Esto puede suceder en tres planos o niveles: el espacio interesfinteriano, las fosas isquirectales, que comunican por detrás por el espacio de Courtney (tipo más frecuente) o por encima del elevador en el espacio pelvirectal.

CASUISTICA

Hemos analizado una serie de 94 casos, en los cuales hemos aplicado los conceptos anatómicos y patogénicos expuestos. Todos ellos han sido operados por, o bajo la dirección de uno de nosotros (J.B.V.) empleando el mismo criterio terapéutico, ello es lo que da unidad a la serie.

Clínica: Tres son los síntomas capitales de estos procesos (ver Cuadro 1): el dolor, presente en 69,5o/o, la supuración aguda, crónica o iterativa en un 56,5o/o y la tumoración en un 32,6o/o mientras que la fiebre sólo constituyó un 6,5o/o de los casos, hechos que concuerdan con otras series (11).

TOTAL DE CASOS	94	
	♀	22 23.4o/o
	♂	72 76.6o/o

RELACION HOMBRE — MUJER 3,5 — 1

El dolor por sí solo, aún en ausencia de signos al examen clínico, nos llevó a explorar bajo anestesia en 8 oportunidades, encontrando siempre el motivo en un absceso agudo o crónico oculto.

El examen clínico debe ser completo, tanto sea para valorar el terreno, como para descartar otras etiologías. El examen abdominal debe ser cuidadoso, buscando un posible origen alto de un absceso o fístula (8). En el periné se debe buscar la tumoración, la asimetría, palpar superficial y profundamente, buscando zonas de máximo dolor. Cuando hay un orificio, es la palpación del trayecto que orienta hacia un sector determinado. El tacto rectal sigue la búsqueda de zonas de dolor exquisito o induraciones, no sólo en el canal anal sino muy especialmente en la zona del espacio pelvirectal e isquirectal profundo. De ser posible se realizará una rectosigmoidoscopia, pero a veces en la urgencia es imposible por el dolor. En la etapa crónica es imprescindible.

En caso de fistulas somos contrarios a la exploración instrumental de los trayectos con el paciente despierto, maniobra dolorosa y que no ha de cambiar la decisión de operar. Ello lo dejamos para la intervención.

**Diagnóstico diferencial:** En este trabajo nos limitaremos al estudio de origen criptoglandular e inespecíficos pero se deben descartar la T.B.C., el Crohn, la C.U.C., la diverticulosis, el quiste pilonidal, la hidrosadenitis, el acné conglobata, los quistes epidermoides, la forunculosis, bartolinitis, etc.

**Distribución por sexo y edad:** La predominancia 3,5 a 1 de sexo masculino concuerda con la de Abcarian pero no con la de los autores ingleses (1,7 a 1 Golligher) así como el pico máximo en la tercera década (Cuadros 11 y 3).

**MOTIVO DE CONSULTA**

TUMORACION	30	32,6 o/o
DOLOR	64	69,5 o/o
PUS	52	56,5 o/o
FIEBRE	6	6,5 o/o

**DISTRIBUCION ETARIA**

10 a 20 años	7	7,6 o/o
21 a 30	28	29,3 o/o
31 a 40	15	16,3 o/o
41 a 50	17	18,4 o/o
51 a 60	19	19,5 o/o
61 a 70	7	7,6 o/o
71 a 80	1	1 o/o

**Operaciones previas:** 39 pacientes tenían operaciones previas, 41,4o/o, en los cuales se habían realizado 70 operaciones (entre una y 10 veces).

**Frecuencia relativa:** De los 94 pacientes 40 estaban en etapa aguda (absceso) y 54 en etapa crónica. **Distribución topográfica** (Ver cuadro IV). Con el paciente en posición ginecológica observamos una mayor incidencia en el cuadrante posterior, hecho conocido.

**Abscesos según su topografía:** Superficiales, comprendiendo los interesfinterianos (8) y los perianales o de la margen 28, (70o/o). Isquiorectales: 6, (15o/o); Intermusculares altos: 4, (10o/o) y Pelvirectales, 2 (5o/o).

**Fístulas según su relación con el esfínter.** Interesfinterianas: 17, (31o/o), transesfinterianas: 39, (62,5o/o) de las cuales 4 tenían además un absceso, 20 eran transesfinterianas medias (51,2o/o), 16 eran bajas (41o/o) y sólo tres eran altas (7,5o/o). Supraesfinterianas: 2 y ninguna extraesfinteriana.

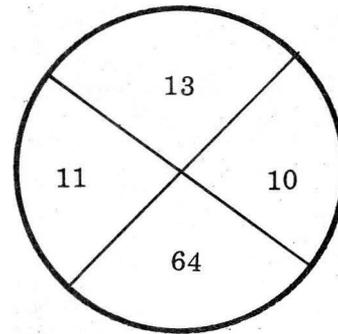
Queremos comentar de un paciente que consideramos excepcional: en el curso de dos años se presentó con una fístula T.E. media a la hora 2, lue-

go con un absceso interesfinteriano posterior, hora 6, y por último con un absceso intermuscular alto a la hora 10. En las tres oportunidades se realizó como parte del tratamiento la sección del esfínter interno (3 sitios diferentes) sin menoscabo de la continencia.

**FRECUENCIA TOPOGRAFICA DEL ORIGEN DE ABSCESOS Y FISTULAS**

**HORAS**

5-6-7	44 casos	64,7 o/o
11-12-1	9 casos	13,2 o/o
Lat. Izq.	7 casos	10,3 o/o
Lat. Der.	8 casos	11,7 o/o



**Operaciones realizadas:** El tratamiento completo de los abscesos se realizó en 37 de 40 casos (92,5o/o) quedando sólo con el drenaje en 2 de los 6 isquiorectales y en uno de los pelvirectales. Nos referimos al tratamiento del absceso y del trayecto a la cripta correspondiente. Todos ellos fueron explorados y tratados bajo anestesia general o peridural. La única recidiva fue en uno de los pelvirectales.

**Operaciones empleadas:** Puesta a plano: 72 - 76,6 o/o, 2 recidivas (2,7o/o) - Oper. de Parks: 14 - 14,8o/o, 1 recidiva (7,1o/o) - Fistulectomía: 3 - 3,1o/o, 2 recidivas (66,6o/o) - Sedal: 5 - 5,3o/o - 0 recidivas (0o/o).

**DISCUSION**

Tanto en la etapa aguda como crónica de esta enfermedad, para obtener un buen resultado se debe primero hacer un diagnóstico correcto y preciso, para luego emplear el tratamiento más adecuado a cada caso en particular. Es por lo tanto necesario enfatizar cada etapa.

La primera premisa es una exploración minuciosa y ella no se puede hacer con el paciente despierto. Por ello no nos cansamos de insistir en la exploración bajo anestesia general o por lo menos

peridural (incluyendo la caudal) en todos los casos, pero en particular en agudo, donde todos aprendimos a efectuar el simple drenaje en Policlínica o Puerta de Hospital. La segunda premisa es disponer de un material e instrumentos adecuados, como exploradores de diversa forma, rígidos, maleables y flexibles, un espéculo anal (el separador de Parks es ideal), lo cual permitirá una correcta exploración del canal anal. La tercera premisa es fundamental sobre todo en las fístulas, consiste en la obtención de un campo lo más exangüe posible. Ello se logra mediante la infiltración de una solución que contenga adrenalina (1/300.000 es suficiente), de preferencia en un anestésico local de larga duración, como la Bupivacaína al 0,250/o, que así deja una analgesia de unas 6 horas. El campo exangüe permite una disección perfecta, reconociendo fácilmente los planos musculares.

Otro elemento que colabora en la disección de los trayectos complejos es el teñirlos con azul de metileno, el cual, disuelto en H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> facilita además la identificación del orificio interno y los trayectos secundarios.

En los abscesos, el diagnóstico se completa una vez drenado el pus, se procede a la exploración cuidadosa con el dedo recorriendo toda la cavidad. En agudo, con tejidos friables en extremo, hay que ser muy cauto con el uso de instrumentos rígidos, por el riesgo de establecer una falsa ruta. Es a menudo la exploración de dentro afuera, por una cripta patológica identificada por la palpación, o a la inversa, que se llega a establecer el trayecto transesfinteriano. En los abscesos superficiales es en general muy sencillo, en algunos profundos es preferible abandonar antes que hacer una falsa ruta.

Establecido el diagnóstico se debe proceder al tratamiento, que es donde comienzan las discusiones. En el tratamiento de los abscesos caben dos partes: el drenaje y el del trayecto que lo originó, lo cual trataremos conjuntamente con las fístulas. En cuanto al drenaje en sí, nos declaramos enfáticamente contrarios al planteo de Ellis (cit. por Goligher, 3) quien propone la apertura, curetaje, lavado y cierre, con antibioterapia complementaria. Aunque ello parece reñido con los principios elementales de la cirugía, el propio Goligher ha podido comprobar un 860/o de éxitos, lo cual no deja de ser sorprendente. Creemos que el drenaje debe ser amplio, mediante incisiones que sigan la circunferencia del ano (las radiadas tienden a cerrarse prematuramente). Conviene además reseca los bordes cutáneos, a fin de facilitar una cicatrización del fondo a la superficie. En abscesos isquirectales esto lleva a lo que se llama el destechado del absceso, lo cual no es otra cosa que la resección amplia de piel y celular para poner más a plano la cavidad. En los con prolongación en herradura se debe evitar en lo posible las incisiones continuas que atraviesan a la rafe medio, por producir cicatrices deformantes.

Como directiva general en las fístulas es aconsejable la resección completa de el o los trayectos que, por estar epitelizados, el dejarlos no solo demora la granulación, sino que puede ser causa de recidiva.

Conducta de acuerdo a la topografía.

1) Abscesos y fístulas interesfinterianas. Son los

más sencillos de tratar y, en conjunto, los más frecuentes (480/o del total). Su tratamiento, indiscutible, es la puesta a plano (ver esq. 4 y 5) que consistirá en la sección de piel y mucosa hasta la cripta causante, el músculo esfínter liso y, a menudo, el haz subcutáneo del estriado. Este tratamiento es en general definitivo y sin recidivas si se reseca el trayecto y cripta, pero su correcta realización supone una anestesia por lo menos regional.

2) Abscesos isquirectales y fístulas transesfinterianas. Como en general constituyen una secuencia, los trataremos en conjunto. El trayecto agudo si se encontró o el de la fístula, se reseca en su travesía muscular, cuidando de preservar el máximo de fibras. La resección aislada del mismo, fistulectomía, cerrando luego el orificio interno con o sin descenso de la mucosa rectal (Roblés-Picot) es causa de frecuentes recidivas, a pesar de su atractivo teórico y quirúrgico. En nuestra serie tuvimos un 660/o de recidivas, pero además, entre los 39 pacientes con operaciones previas, 8 se les había realizado esta técnica. Creemos por ello que debe ser abandonada.

La puesta a plano o fistulotomía luego de reseca el trayecto consiste en la sección de todos los planos superficiales al mismo, comprendiendo piel, mucosa, músculo liso y estriado (ver esq. 6 y 7). Es una maniobra que se debe realizar con el máximo cuidado; el esfínter interno se puede seccionar sin ocasionar incontinencia, pero la sección de más de la mitad o 2/3 del externo sí la pueden ocasionar (3), (5), (7). Lo que es absolutamente imprescindible conservar intacto, es el anillo del elevador o puborectalis. Es la experiencia, el exacto conocimiento anatómico y una perfecta exposición lo que permitirá al cirujano secciones cada vez más altas. Sin embargo, cuidadosos estudios de follow up alejado (11) refieren un porcentaje de incontinencia parciales, para gases y materias líquidas, entre 10 y 150/o. Este hecho llevó a Parks al desarrollo de técnicas (7-9-10) que preserven una continencia completa. (ver esq. 8 y 9). Esencialmente consiste en la fistulectomía completa, reseca conjuntamente con la cripta un sector de esfínter interno, conservando el externo, realizando parte de la disección de dentro afuera y parte de fuera adentro. El orificio que queda en el espesor del músculo externo lo drena con un sedal de goma, que luego puede usarse para la sección diferida, progresiva, o lo cierra por dentro y drena por fuera, del lado de la fosa izquierectal. La sección diferida mediante sedal es tal vez la técnica más antigua, registrada en la medicina faraónica y griega, para ello lo más adecuado es el borde de guante, que se ajusta lenta y progresivamente luego del alta, en el curso de varias semanas. De cualquiera de las dos maneras se preserva la función, ya que la sección lenta conlleva una cicatrización perfecta del músculo. En nuestra serie de 14 pacientes operados con esta técnica tuvimos una sola recidiva, o persistencia, que tratamos mediante la sección con sedal, en forma ambulatoria, con excelente evolución.

3) Abscesos y Fístulas intermusculares altos y pelvirectales. Constituyen una minoría dentro de esta patología, radicando su importancia en su a veces difícil diagnóstico (a menudo sólo posible bajo anestesia) y en su terapéutica. Un error en la vía de abordaje puede significar una secuela de muy difícil solución. (ver esq. 10 y 11). La prolongación

por encima de los elevadores, sea al espacio pelvirectal o al perirectal entre fascia y recto (mal llamado intermuscular alto), deben drenarse hacia la luz rectal, seccionando además el sector subyacente del esfínter liso, a fin de disminuir la presión en el canal anal y facilitar el drenaje. El drenaje de los mismos desde la fosa isquiorectal supone dejar una fístula supraesfínteriana, yatrogénica. La prolongación espontánea a la fosa pelvirectal desde la isquiorectal creemos que en su mayoría son secundarias a un drenaje intempestivo o exploración rígida, que perfora el diafragma pelviano. En esos casos el drenaje debe establecerse sí hacia el periné y asegurar mediante un dren, el drenaje del sector supraelevador. Abcarian (11) en una serie de 474 pacientes, encuentra un 70/o de este tipo, espontáneos.

4) Fístulas supraesfínterianas. (ver esq. 3). Son de muy difícil tratamiento ya que no pueden ponerse a plano sin sacrificar el elevador (incontinencia total). Creemos que la operación de Parks es la más indicada siendo la que practicamos con éxito en los dos casos que tuvimos.

**Cuidados posoperatorios:** El cuidado principal será el de las heridas. Estas deben dejarse ampliamente abiertas, en lo posible sin mechas ni tubos, solo cubiertas por una gasa yodoformada, de tal manera que permita una higiene frecuente e indolora. Las heridas deben lavarse abundantemente con soluciones débiles de antisépticos, 2 o 3 veces al día. Posteriormente, para el alta, se instruye al paciente en esta higiene, que realizará el propio paciente. Personalmente aconsejamos el uso de la lluvia del bidet, tibia, 3-4 veces al día, con lo cual las heridas se mantienen limpias. La vigilancia debe ser hecha personalmente por el cirujano quien deberá cuidar que la granulación y cierre se haga del fondo a la superficie. En caso de sección diferida, semanalmente irá ligando progresivamente hasta que caiga, al cabo de 3-4 semanas, momento en el cual estará prácticamente curado.

En caso de persistir dolor o reaparecer, no se debe dudar en re-explorar, buscando una extensión que pasara desapercibida en la primera intervención.

El control alejado debe enfocarse no sólo en la recidiva, sino en la continencia.

## CONCLUSIONES:

1) Dejando de lado el elemental conocimiento anatómico, sobre el cual ya hemos insistido, es esencial en esta patología un exacto y preciso diagnóstico. Para su logro creemos que es imprescindible el examen bajo anestesia.

2) Se debe contar con instrumental adecuado, que permita una exposición y disección adecuadas.

3) Prodigamos el uso de adrenalina en solución en Bupivacaína, para obtener un campo exangüe y anestesia local prolongada.

4) El tratamiento ideal de los abscesos consistirá en su evacuación y drenaje por la vía más directa y,

de encontrarse el trayecto originario, se optará por la puesta a plano o la técnica de Parks, en aquellos situados por debajo del elevador. En los superiores se drenarán en general hacia la luz rectal.

5) En las fístulas simples, interesfínterianas y en aquellas transefínterianas bajas el tratamiento de elección será la puesta a plano con resección o curetaje del fono.

6) En las fístulas complejas, transefínterianas medias o altas o supraesfínterianas se optará en algunos casos por la puesta a plano, pero en la mayoría por la técnica de Parks con o sin sección diferida, la cual, bien conducida, da excelentes resultados.

7) El control postoperatorio es fundamental en cuanto a impedir la cicatrización superficial antes que la profunda.

8) El uso de estos conceptos en una serie de 94 pacientes consecutivos ha permitido obtener resultados excelentes, sin tener que lamentar ninguna escuela de incontinencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CHIFFLET, A.: Enfermedades no neoplásicas del Recto. Edit. S.M.U. 4 : 91 , 1970.
2. EISENHAMMER, S.: A new approach to the anorectal fistulous abscess based on the high intermuscular lesion. Surg. Gynecol. Obstet. 109: 583, 1959.
3. GOLIGHER, J.C.: Surgery of the colon, rectum and anus. Edit. Bailliere & Tindall, 1975. 192
4. GOMEZ FOSATTI, C.; ESTEFAN, A.: Fístulas anorectocutáneas. Mesa Redonda sobre "Procesos Benignos Anorectales. XXIII Cong. Urug. Cir. Urug., 43 : 14, 1973.
5. HANLAY, P.H.: Abscesos y fístulas anorectales. Clin. Quir. N. Amer. 3:487 , 1978.
6. MEROLA, L. (h): Tratamiento de las fístulas perianales extresfínterianas. Cir. Urug. 33 : 412 , 1962.
7. PARKS, A.G.: Intersphincteric abscess (and Thomson, J.P.S.) Hosp. Topics. Br. Med. J. June 2 1973: 537.
8. PARKS, A.G. Gordon, Ph. H: Fistula-in-ano: Perineal fistula of intra-abdominal or intrapelvic origin simulating fistula-in-ano. Report of seven cases. Dis. Col. Rectum. 19 : 500 , 1976.
9. PARKS, A.G.; GORDON, Ph. H. and HARDCASTLE, T.D.: A classification of fistula-in-ano. Brit. J. Surg. 63 : 1 , 1976.
10. PARKS, A.G.; THOMSON, J.P.S.: Anal and perianal disorders. In: Colorectal Disease. Edit. Thomson, Nicholls and Williams. London Heineman Med. 1981. 318
11. READ, D.R.; ABCARIAN, H.: A prospective Survey of 474 patients with anorectal abscess Dis. Col. Rectum. 22 :566 , 1979.
12. RITCHIE, J.K., MARKS, C.G.: Anal fistulas at St. Mark's Hospital. Brit. J. Surg. 64 : 84 , 1977.
13. ROBLES, M.: Un procédé facile de la cure radicale des fistules a l'anus. Bull. Med. Soc. Chir. Paris. 58:676 , 1932.
14. ROMPANI, O.; BERMUDEZ, J.; VEIRANO, G.: El espacio interesfínteriano como vía de abordaje. VIII Cong. Latinoamer. Proctología, Montevideo, 1981.
15. ROMPANI, O.; BERMUDEZ, J.; VEIRANO, G.: Bases anatómicas de la cirugía de los procesos infecciosos perianales. Cir. Urug. (en prensa).
16. THOMPSON, H.: The orthodox Conception of fistula-in-ano and its treatment. Proc. R. Soc. Med.: 55; 754, 1962.