

Absceso intermuscular alto

Consideraciones anatómicas, clínicas, y patológicas.

Dr. Jorge Bermúdez Villegas, Dr. Omar Rompani,
Dr. Gustavo Veirano, Br. Ricardo Fernández Casas,
Br. Stella De Camilli.

Analizamos el tema del absceso intermuscular alto anal desde el punto de vista anatómico, clínico y patológico. De nuestro análisis anatómico hemos concluido que es poco probable que el absceso en causa asiente en el espacio que le asignaron los autores que lo han descrito. De la misma manera planteamos otra teoría en torno a su localización anatómica. Desde el punto de vista clínico analizamos nuestra casuística de cuatro abscesos y de sus pautas diagnósticas y terapéuticas.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Annus diseases / Pathology.

SUMMARY: High intermuscular anal abscess. Anatomic, clinical and pathological aspects.

The high intermuscular anal abscess in analyzed from an anatomic, clinical and pathological point of view. From our own anatomic examination we have concluded that it is hardly probable the abscess under reference may be located at the space indicated by the authors describing it. In a like manner, we pose another theory concerning the anatomic location of same. From the clinical point of view, we analyze our casuistry composed of four abscesses and their diagnostic and therapeutic patterns.

Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. Alberto Aguiar); Clínica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Jorge Pradines); Departamento de Anatomía (Director Prof. Dr. Gonzalo Estapé). Fac. de Medicina, Montevideo.

RÉSUMÉ: Abscès anal intermusculaire haut. Considérations anatomiques, cliniques et pathologiques.

Nous analysons l'abcès anal intermusculaire haut, du point de vue anatomique, clinique et pathologique. De notre analyse anatomique nous pouvons conclure, qu'il est peu probable que l'abcès en question, soit localisé dans l'espace que lui ont assigné les auteurs qui l'ont décrit. C'est ainsi que nous proposons une autre théorie, en ce qui concerne sa localisation anatomique. Du point de vue clinique, nous analysons notre casuistique de quatre abcès et leurs régies diagnostiques et thérapeutiques.

INTRODUCCION

Nos referiremos al llamado absceso intermuscular alto; realizaremos consideraciones anatómicas, patogénicas y clínicas.

Descrito por Eisenhammer⁽⁶⁾ en 1958, ha sido mencionado insistentemente en la literatura sobre el tema^(5, 9, 10, 11, 15). Se trata de un absceso de origen cripto-papilar como todos los abscesos perianales.

Eisenhammer lo describe por encima del haz pubo-rectal del elevador del ano en plena pared rectal, entre las fibras circulares y longitudinales del recto (Fig. 1).

Los autores que analizan el tema concuerdan con Eisenhammer en la localización y origen del absceso intermuscular alto^(9, 14).

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de setiembre de 1983.

Prof. Adjunto Interino, Ex-Asistente de Clínica Quirúrgica y Ex-Pro. Adjunto de Anatomía, Asistente Interino de Clínica Quirúrgica y Anatomía, Colaboradores honorarios del Dpto. de Anatomía.

Dirección: Av. Artigas 1653, Bella Unión, Artigas. (Dr. O. Rompani).

Durante el año 1981 hemos investigado con respecto a la patogenia de los procesos supurados perianales y nos hemos planteado serias dudas con respecto a la aceptada teoría patogénica de Eisenhammer^(2, 18, 20). Uno de nosotros (O.R.) confirmó experimentalmente la inexactitud de la teoría de Eisenhammer y estableció una nueva teoría con respecto al origen y diseminación de los procesos supurados perianales⁽¹⁷⁾ (Fig. 2).

El absceso intermuscular alto es un punto crucial de discrepancia entre nuestra teoría y la clásica de Eisenhammer por lo cual decidimos estudiar profundamente el tema.

Nuestro estudio consiste en una primera etapa, anatómica. En esta etapa, analizamos las relaciones del elevador del ano con el recto anal; las relaciones de la fascia propia del recto con la pared rectal y las relaciones anatómicas de las capas musculares propias del recto por encima del elevador del ano y en el canal anal.

Más adelante analizaremos la casuística de abscesos intermusculares altos y su tratamiento.

Por último realizaremos una discusión de nuestros estudios anatómicos y clínicos.

MATERIAL Y METODOS

En la etapa anatómica hemos disecado macroscópicamente y bajo microscopio dieciocho piezas de resección perineal que incluyen el conducto anal, la parte inferior del elevador del ano, coxis y recto pelviano inferior. El material fue fresco, sin fijación, conservado mediante refrigeración.

Hemos analizado además en una pieza congelada el aparato esfinteriano anal por cortes transversales y longitudinales.

En la etapa clínica hemos analizado nuestra casuística de cuatro casos de abscesos llamados intermusculares altos operados.

ESTUDIO ANATOMICO

Pretendimos analizar algunos elementos anatómicos que creemos estrechamente vinculados con los abscesos intermusculares altos.

Estos son:

- a) La relación del elevador del ano con el recto anal.
- b) La relación entre las capas circular y longitudinal del recto pelviano y anal.
- c) Las relaciones entre la fascia propia del recto y la pared rectal.

La relación entre el elevador del ano, fundamentalmente el haz pubo-rectal, y el recto visceral, son ampliamente conocidas desde los trabajos de Luschka⁽¹²⁾, pero estas relaciones han pasado por diferentes concepciones desde allí a nuestros días.

En el año 1976 Shafik⁽²¹⁾ comienza una serie de estudios sobre la anatomía y función ano-rectal y, con respecto al tema, discrepa con Courtney⁽³⁾. Este autor denominó músculo longitudinal conjunto a la unión de las fibras del elevador del ano con las fibras longitudinales del recto que se insertan en la margen de la piel anal.

En nuestros trabajos anteriores^(18, 19, 20) confirmamos los hallazgos histológicos de Shafik desde punto de vista no solamente microscópico sino también macroscópico.

Hemos visto verdaderos fascículos del elevador del ano que en forma ininterrumpida se relacionan con el recto anal hasta la misma margen del conducto anal. Estos fascículos están separados del recto visceral (fibras longitudinales) casi hasta la margen anal.

Por su cara exterior forman parte de la pared interna del espacio celuloso interesfinteriano delimitado por nosotros^(19, 20).

Podríamos entonces considerar que el espacio celuloso interesfinteriano anal estaría a este nivel dividido entre un sector interno contra el recto visceral y uno externo contra el esfínter externo.

Esta concepción nos fue planteada por As-tiz⁽¹⁾ en 1981 y tras realizar la investigación anatómica nos adherimos a ella con entusiasmo (Fig. 3).

En la totalidad de las piezas analizadas encontramos este tipo de relaciones del elevador del ano con el conducto anal visceral.

Con respecto a la relación entre las fibras circulares y longitudinales del recto hemos comprobado su absoluta inseparabilidad.

Ya desde nuestros primeros trabajos insistíamos en la íntima relación entre las fibras musculares lisas longitudinales y circulares del recto y también de ambas capas en el conducto anal.

Las fibras longitudinales son periféricas con respecto a las circulares. En toda la altura del recto vemos fascículos de fibras longitudinales que se hacen submucosos atravesando la capa de fibras circulares. Esto sucede aún en el canal anal donde las fibras longitudinales submucosas constituyen el músculo de Fine y Lowes⁽⁸⁾.

No existe, por lo tanto, ningún plano de clivaje entre las fibras circulares y las longitudinales del recto. Tampoco existe plano de clivaje entre las fibras longitudinales y el esfínter interno.

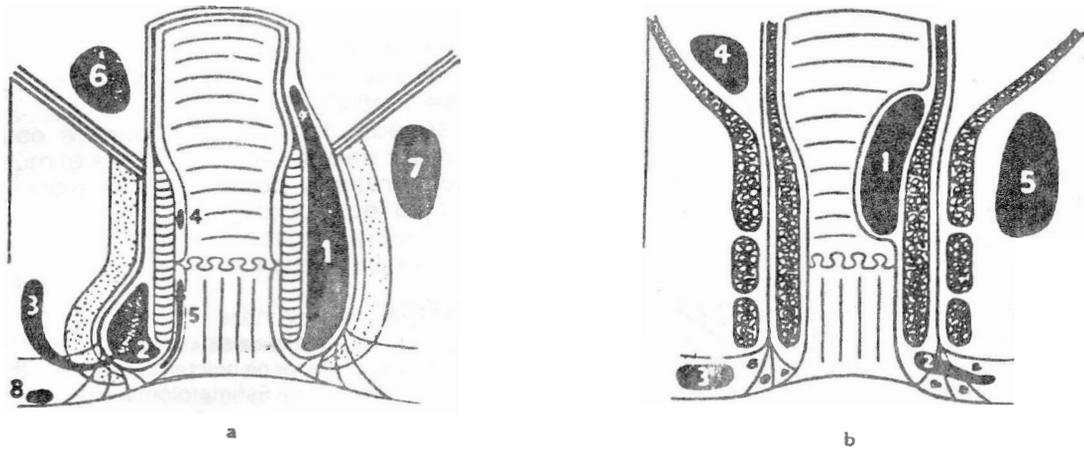


Fig. 1. Concepción de Eisenhammer del absceso intermuscular alto. (a) 1. Absceso intermuscular alto (Tomado de Eisenhammer!).

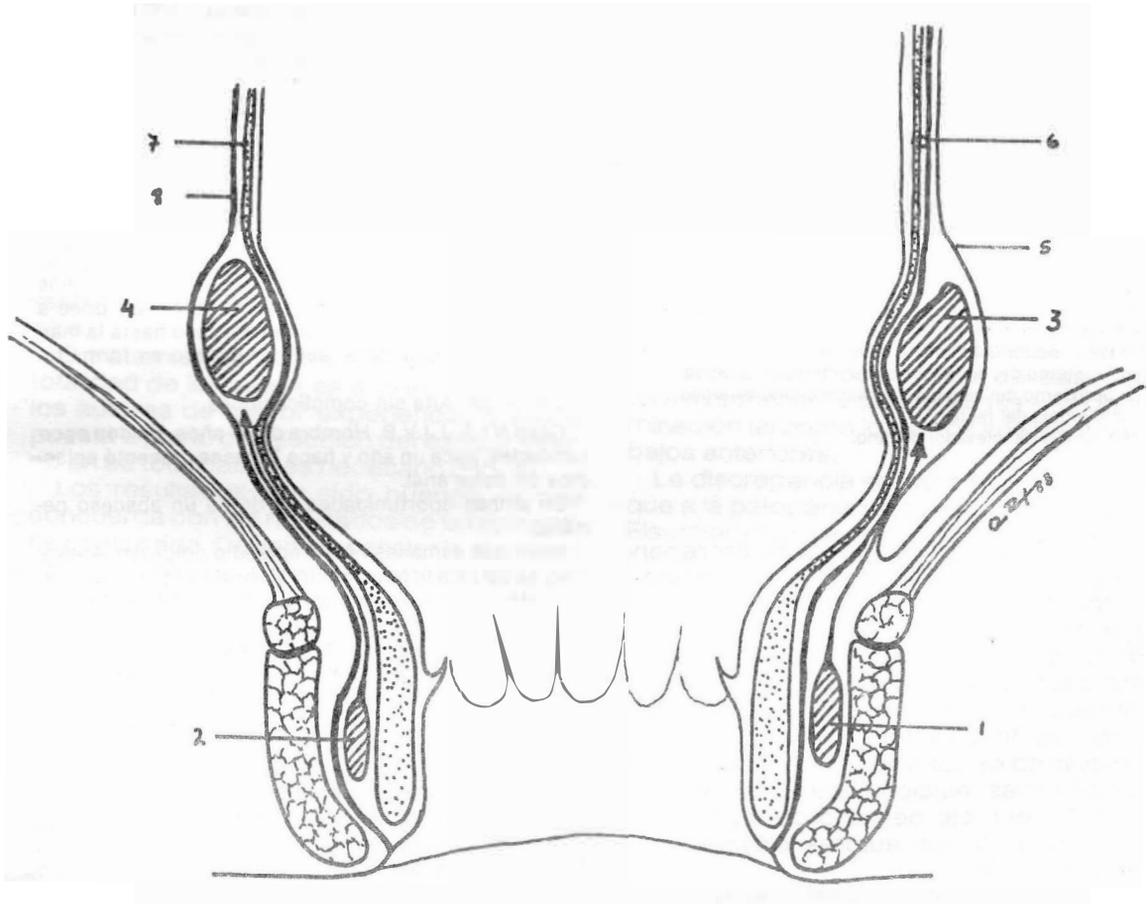


Fig. 2. Esquema de la concepción de Eisenhammer (izq.) y de la nuestra (der.) con respecto a los abscesos interesfinterianos e intermuscular alto.

- 1 - Absceso interesfinteriano en nuestro concepto (perivesical).
- 2 - Según Eisenhammer (intraperietal).
- 3 - Absceso intermuscular alto en nuestro concepto (perivesical).

- 4 - Según Eisenhammer (intraperietal).
- 5 - Fascia propia del recto pelviano.
- 6 - Pared rectal.
- 7 - Capa de fibras circulares del recto.
- 8 - Capa de fibras longitudinales.

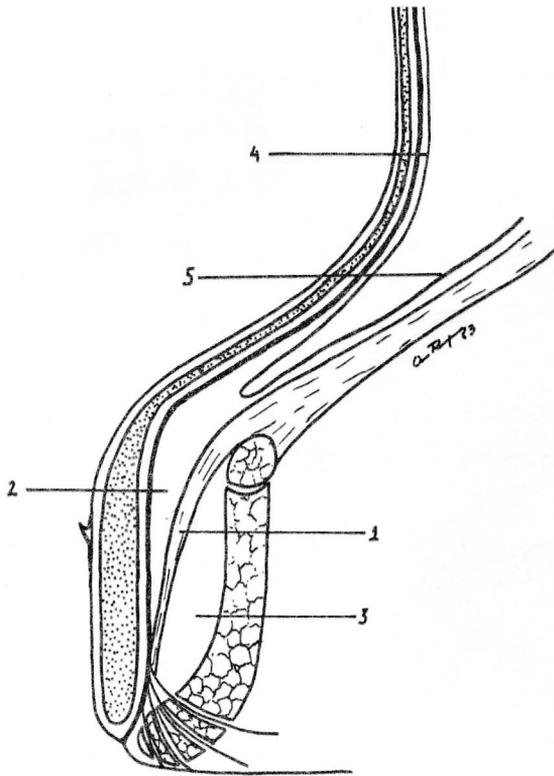


Fig. 3. Esquema que pretende demostrar las relaciones del elevador del ano con la pared del recto visceral.
 1 - Haz del elevador del ano a la pared rectal.
 2 - Sector interno del espacio interesfinteriano celuloso.
 3 - Sector externo del espacio interesfinteriano celuloso.
 4 - Fascia propia del recto.
 5 - Aponeurosis del elevador del ano.

En esto radica nuestra principal discrepancia patogénica con la teoría de Eisenhammer sobre el origen y diseminación de los procesos supurados perianales.

En todas nuestras disecciones hemos comprobado la intimidad de la relación entre las fibras circulares (incluido el esfínter interno) con las fibras longitudinales del recto. Entre ellas no existe ningún plano clivable.

Al analizar las relaciones de la fascia rectal propia con el recto pelviano corroboramos los hallazgos de los autores clásicos que analizan el tema.

La fascia rectal es separable del recto teniendo con la viscera rectal adherencias laxas como sucede en general con todas las fascias periviscerales. El espacio perivisceral estaría entre las fibras musculares longitudinales (periféricas) y la fascia rectal.

Nos detuvimos en la relación entre la fascia rectal y el elevador del ano.

A este nivel, en la unión recto-anal, las fascias rectal y la del elevador del ano (hoja superior) se continúan entre sí.

Esto sucede por los lados porque esta reflexión por delante se hace sobre el músculo recto-uretral y por detrás por encima del músculo recto-coccigeo.

CASUÍSTICA

Caso N° 1. M.M. Hombre de 56 años con antecedentes de haber sido portador de una fisura crónica, tratada 8 meses antes con una Esfinterotomía lateral interna. Dos meses antes de la consulta actual, dolor anal, tratado con pomadas antihemorroidarias.

El 8/5/81 se realiza exploración bajo anestesia general encontrándose un absceso interesfinteriano comi-sural posterior con extensión por arriba del elevador del ano contra la pared rectal.

Tratamiento. Se pone a plano hacia la luz ano-rectal con sección total del esfínter interno.

Evolución. Alta a los dos días de la intervención con mejoría franca del cuadro doloroso. Cura completa en un mes.

Caso N° 2. C.S. Hombre de 41 años que consulta por dolor anal de tres semanas de evolución tratado médicamente con fármacos y baños.

Se explora bajo anestesia general, palpándose tumoración alargada y fluctuante en la pared rectal a la hora 9 (lateral derecho).

Tratamiento. Se aborda por el espacio interesfinteriano y 15 mm por encima del nivel de las criptas viene pus fétido desapareciendo la tumoración. Se pone a plano desde el nivel superior del absceso hasta la margen anal seccionando el esfínter interno en forma total.

Evolución. Alta sin complicaciones.

Caso N° 3. J.J.V.B. Hombre de 47 años. En dos oportunidades, hace un año y hace 7 meses presentó episodios de dolor anal.

En ambas oportunidades se drenó un absceso perianal.

Hace dos semanas nuevo episodio doloroso. Al examen se palpa a la hora 3 (lateral izquierdo) una tumoración alargada y dolorosa en la pared rectal. Se explora bajo anestesia general.

Tratamiento. Se aborda por el espacio interesfinteriano encontrándose pus a nivel de la línea criptopapilar, prolongándose el absceso hasta 3 cm por encima del haz pubo-rectal. Se pone a plano hacia la luz ano-rectal con sección total del esfínter interno.

Evolución. Buena. Es controlado hasta dos años después de la intervención libre de recidivas.

Caso N° 4. W.G. Hombre de 29 años. Tratado hace seis meses por uno de nosotros (J.B.) por fístulas a las horas 2 y 6 en dos oportunidades diferentes, siendo puestas a plano. Se trataba de fístulas interesfinterianas.

Actualmente consulta por dolor anal de 10 días de evolución, progresivo y sensación febril.

El 10/10/81 se explora bajo anestesia general comprobándose tumoración rectal alargada a la hora 9 (lateral derecha).

Tratamiento. Se realiza un abordaje interesfinteriano comprobándose que la tumoración corresponde a un

absceso alto. Se realiza puesta a plano hacia la luz rectal con sección total del esfínter interno.

Evolución. Buena. No hay recidiva hasta el momento actual.

COMENTARIO

Todos nuestros casos pertenecen a los conocidos como abscesos intermusculares altos.

Anteriormente eran conocidos como abscesos submucosos⁽¹³⁾ hasta que se comprobó que por dentro del absceso hacia la luz rectal había una capa de fibras musculares lisas.

Por esta razón Eisenhammer interpretó que se encontraban entre la capa de fibras longitudinales y circulares y los llamó abscesos intermusculares altos.

Esta terminología fue aceptada por la totalidad de los autores que se ocuparon del tema^(9, 14).

En todos nuestros casos el diagnóstico fue hecho por un cuadro doloroso más o menos prolongado y al examen el hallazgo de una tumoración que forma cuerpo con la pared rectal haciendo protrusión hacia la luz del recto.

La exploración quirúrgica confirma la presencia de pus y en un caso hemos comprobado la concomitancia de un absceso interesfinteriano bajo en continuidad con este otro.

El tratamiento que hemos realizado en la totalidad de los casos es el preconizado por los autores de mayor experiencia, o sea la puesta a plano con sección del esfínter interno en su totalidad si es necesario (Fig. 4).

Los resultados han sido buenos, lo que concuerda con los resultados de la bibliografía consultada. Debemos señalar la ausencia de incontinencia pese a la sección total del esfínter que en un enfermo se realizó en el plazo de 6 meses en tres lugares diferentes (Caso N° 4).

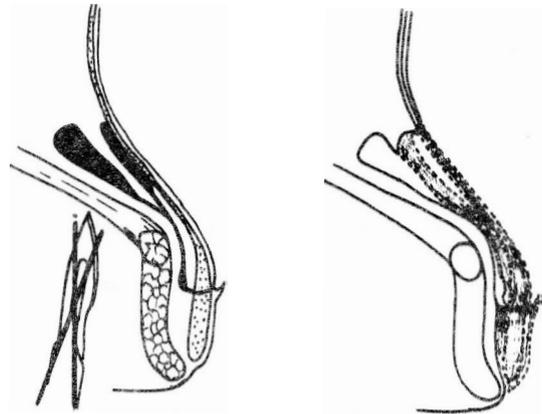


Fig. 4. Esquema tendiente a demostrar la ubicación del absceso intermuscular alto y su tratamiento quirúrgico. A izq. tratamiento que con ideramos incorrecto, preconizado por Abcarian⁽¹¹⁾. A der. tratamiento correcto.

DISCUSION

Con respecto a la etiología del absceso intermuscular alto coincidimos plenamente con el concepto de Eisenhammer, en que se origina de un absceso interesfinteriano de origen cripto-papilar alto⁽⁶⁾.

Tenemos nuestra discrepancia con respecto a la localización inicial del absceso interesfinteriano⁽²⁾ y desde allí sus vías de diseminación tal como lo hemos analizado en trabajos anteriores.

La discrepancia se hace más radical en lo que a la patogenia respecta en virtud de que Eisenhammer plantea un trayecto entre las capas circular y longitudinal del recto (Fig. 2).

Con nuestro estudio anatómico hemos confirmado la imposibilidad de un trayecto de estas características en virtud de que no existe un plano concreto para clivar.

Cuadro I

| | Sexo | Edad | Antecedentes | Clínica | Exploración | Tratamiento | Evolución | Incont. |
|---|------|------|------------------------------|---------|-------------|----------------|-----------|---------|
| 1 | O | 56 | Fisura Crónica | Dolor | AIE + AIMA | Puesta a Plano | Curación | No |
| 1 | O | 41 | — | Dolor | AIMA | Puesta a Plano | Curación | No |
| 3 | O | 47 | 1 año Dolor 7 meses Dolor | Dolor | AIMA | Puesta a Plano | Curación | No |
| 4 | O | 29 | 6 meses Fistulas | Dolor | AIMA | Puesta a Plano | Curación | No |

Desde otro punto de vista sería el único ejemplo en la patología del tubo digestivo en que un proceso supurado separe las fibras longitudinales de las circulares.

Nuestro planteo es que el absceso interesfinteriano se realiza en el espacio interesfinteriano celuloso que es el verdadero espacio perivisceral en el recto anal^(19, 20).

Creemos que la diseminación superior para formar el absceso intermuscular alto de Eisenhammer se haga desde este espacio al espacio perivisceral rectal entre la fascia rectal y la pared rectal.

Esta es una discrepancia fundamental porque consideramos entonces que el llamado absceso intermuscular alto no es intermuscular y sería factible llamarlo absceso perivisceral alto (Fig. 2).

No se trata tampoco de un absceso pelvirectal. Está separado del espacio pelvirectal por la fascia rectal que lo mantiene adherido íntimamente a la pared rectal (Fig. 2). Por esta razón puede ser drenado por vía rectal.

El tratamiento quirúrgico que hemos realizado apoya esta teoría puesto que hemos accedido al absceso alto por el espacio celuloso interesfinteriano y ha sido siguiendo este espacio perivisceral que hemos llegado a las colecciones supuradas altas.

De tratarse entonces de un absceso perivisceral, el drenaje hacia el exterior por vía interesfinteriana podría ser suficiente.

Creemos que en el caso especial de los abscesos de origen cripto-papilar la puesta a plano hacia la luz rectal cumple el doble objetivo de drenar ampliamente la cavidad y de tratar la cripta causal del proceso.

CONCLUSIONES

Hemos analizado las características anatómicas de la zona que aloja los llamados abscesos intermusculares altos. Nuestra conclusión con respecto a este punto es que el plano intermuscular es **inexistente** desde el punto de vista anatómico como para alojar ningún tipo de proceso supurado. Nos parece más adecuado el espacio perivisceral y además lo consideramos más apto por sus características y sus comunicaciones celulosas para ser el origen de este tipo de patología.

Nuestra experiencia clínica no difiere de lo descrito por otros autores.

Desde el punto de vista semiológico estos abscesos son de diagnóstico tardío en virtud de la falta de elementos ostensibles anales y perianales. Es el tacto rectal el que en general los pone de manifiesto.

Muchas veces solamente se manifiestan frente a una exploración quirúrgica o bajo la anestesia general.

El abordaje más adecuado para estas colecciones creemos que es a través del espacio interesfinteriano celuloso.

El tratamiento en todos nuestros casos ha sido la puesta a plano total hacia la luz anorrectal.

Debemos destacar que según nuestra opinión al hacer la sección de puesta a plano lo que hacemos es una sección **total** de la pared rectal visceral.

La evolución, una vez drenado es hacia la curación y en nuestra casuística no hemos encontrado incontinencias vinculadas a la sección total del esfínter interno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASTIZ J. — Comunicación personal.
2. BERMUDEZ J., ROMPANI O., VEIRANO G. — Abscesos y fístulas perianales. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. *Cir. Urug.* 53: 370, 1983.
3. COURTNEY H. — Anatomy of the pelvic diaphragm and anorectal musculature as related to sphincter preservation in anorectal surgery. *Am. J. Surg.* 79: 155, 1950.
4. CHIFFLET A. — La travesía del perineo masculino. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 21: 539, 1950.
5. CHRABOT C., LEELA PRASAD M., ABCARIAN H. — Recurrent anorectal abscesses. *Dis. Colon Rectum* 26: 105, 1983.
6. EISENHAMMER S. — A new approach to the anorectal fistulous abscess based on the high intermuscular lesion. *Surg. Gynecol. Obstet.* 106: 595, 1958.
7. FERNANDEZ CHAPELA A. — Constitución anatómica del conducto anorrectal a propósito del abordaje de la próstata a través del sistema esfinteriano. Congreso Uruguayo de Cirugía 4°. Montevideo, 1953.
8. FINE J., LOWES C. — On the muscle fibers of the anal submucosa with special reference to the pecten band. *Br. J. Surg.* 27: 23, 1940.
9. GOLIGHER J., ELLIS M., PISSIDES A. — A study of the role of intersphincteric abscess formation in the pathogenesis of anorectal abscesses and fistula. *Br. J. Surg.* 54: 64, 1967.
10. HANLEY P. — Abscesos y fístulas anorrectales. *Clin. Quir. Norte Am.* 3: 487, 1978.
11. LEELA PRASAD M., READ R., ABACARIAN H. — Supralevator abscesses diagnosis and treatment. *Dis. Colon Rectum* 24: 456, 1981.
12. LUSCHKA H. — Die Anatomie des Menschlichen. 2nd. ed. Becken. Tubingen. 1865.
13. MARKS C., RITCHIE J. — Anal fistulas at St. Mark's Hospital. *Br. J. Surg.* 64: 84, 1977.
14. PARKS A. — Pathogenesis and treatment of fistula in ano. *Br. Med. J.* 1: 463, 1961.
15. PARKS A., GORDON P., HARDCASTLE J. — A classification of fistula in ano. *Br. J. Surg.* 63: 1, 1976.
16. READ D., ABCARIAN H. — A prospective survey of 474 patients with anorectal abscess. *Dis. Colon Rectum* 22: 566, 1979.
17. ROMPANI O. — Origen y diseminación de los procesos supurados perianales. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina, Montevideo. 1982. (Inédita).
18. ROMPANI O., BERMUDEZ J., VEIRANO G. — Fundamentos anatómicos de la patología y cirugía del canal anal, 53: 328, 1983.

19. ROMPANI O., VEIRANO G. — El espacio interesfinteriano. Presentado en el Congreso Rioplatense de Anatomía, 19°. **Mar del Plata**. Argentina, 1982.
20. ROMPANI O., VEIRANO G., BERMUDEZ J. — El espacio interesfinteriano como vía de abordaje quirúrgico. Congreso **Latinoamericano** Proctología 8°. Montevideo, 1981.
21. SHAFIK A. — A new concept of the anal sphincter mechanism and the physiology of defecation. Longitudinal anal muscle. Anatomy and role in anal sphincter mechanism. *invest. Urol.* 13: 271, 1976.
22. SOHN N., WEINSTEIN M., ROBBINS R. — Anorectal disorders. *Curr. Probl. Surg.* 20: 34, 1983.