

## *Abscesos y fístulas originadas o diseminadas por encima de los elevadores*

Dres. Jorge Bermúdez Villegas,  
Gustavo Veirano y  
Omar Rompani

Los autores analizan una serie de 18 casos de abscesos y fístulas ubicadas originaria o secundariamente por encima del elevador. Se destaca de la serie una frecuencia relativa de 10.6% así como la asociación con neoplasmas de recto en 5 casos y de colon en otro. La presentación con fiebre en el 50% así como la repercusión general son síntomas de elevada sospecha. El tratamiento se realizó siempre bajo anestesia, hecho que los autores insisten, encontrando una mayor frecuencia de trayectos complejos que de abscesos intermusculares o pelvirectales puros. La conducta varía de acuerdo al tipo y etiología, pero los autores destacan el valor terapéutico del drenaje interno hacia el recto así como del uso del Seton para la sección lenta diferida. Los resultados fueron satisfactorios logrando la curación de todos los casos excluyendo aquellos asociados a neoplasma, aunque varios requirieron de varias intervenciones.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:*  
*Rectal fistula.*

**SUMMARY: Abscesses and fistula originated or disseminated above the levator ani. Analytical study of 18 cases.**

Authors analyze a series of 18 cases of abscesses and fistula located originally or secondarily above the leva-

*tor ani. They point out the relative frequency of 10.6% in the series as well as the association with rectum neoplasm in five cases and with colon neoplasm in one case. The presentation with high temperature in 50% of the cases, as well as a general syndrome, are symptoms that should be considered highly suspicious. The treatment took place under anesthesia in all cases, a fact authors insist upon, finding a greater frequency of complex trajectories, rather than intermuscular or pure pelvirrectal abscesses. The conduct varies according to the type and etiology, but authors insist on the therapeutical value of internal drainage towards the rectum as well as the use of Seton for slow delayed section.*

**RÉSUMÉ: Abscesses et fistules qui s'originent ou se disseminent par dessus les élévateurs.**

Les auteurs analysent une série de 18 cas d'abcès et fistules, placés originellement ou secondairement au-dessus de l'élévateur. On souligne dans la série une fréquence relative de 10.6%, ainsi que l'association avec un néoplasme du rectum dans cinq cas et du côlon dans un cas. La présentation avec fièvre dans 50% des cas ainsi que la répercussion générale sont des symptômes qui mènent à soupçonner fortement son existence. Le traitement a été réalisé sous anesthésie dans tous les cas et les auteurs insistent sur ce point, ayant trouvé une fréquence majeure de trajets complexes que d'abcès intermusculaires ou pelvirectaux purs. La conduite varie d'après le type et

---

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 25 de setiembre de 1985.

Prof. Adjunto, Asistente y Ex Asistente de Clínica Quirúrgica.

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

**l'étiologie mais les auteurs précisent la valeur thérapeutique du drainage interne vers le rectum ainsi que l'emploi du Seton pour la section lente différée. Les résultats furent satisfaisants, ayant obtenu la guérison de tous les cas, en excluant ceux qui s'associaient à un néoplasme, bien que plusieurs eurent besoin de plusieurs interventions.**

## INTRODUCCION

Los abscesos y fístulas originados o diseminados por encima del plano de los elevadores constituyen una pequeña proporción del total, variable entre un 6.5% en la serie del St Mark's<sup>(6)</sup> referida por Thompson, un 7% en la serie de Aboarian<sup>(4)</sup> y un 10.6% en la presente serie. Si bien la frecuencia es escasa, su complejidad tanto en el diagnóstico como en el tratamiento justifican su consideración aparte.

## MATERIAL Y METODO

De una serie personal de 177 casos de abscesos y fístulas tratadas desde VIII/78 hasta la fecha, VIII/84, 18 casos o el 10.6% se habían originado o diseminado al plano supraelevador. De ellos, 11 se diagnosticaron como de origen criptico, 6 de origen neoplásico y 1 de Crohn, con una frecuencia relativa de 61, 33.3 y 5.5% respectivamente. A los efectos de un mejor ordenamiento dividimos la serie en neoplásicos y no neoplásicos.

*No neoplásicos:* 12, todos de sexo masculino, con edades entre 17 a 56 años (media de 39.6). La presentación clínica fue variable, con predominio del dolor (75%), fiebre (50%), secreción perineal en 3 (25%) y repercusión general en 1. Es de destacar que el 75% tenía antecedentes de operaciones previas en lapsos variables de meses hasta 17 años, teniendo 3 de ellos entre 7 y 12 operaciones.

El diagnóstico se estableció clínicamente en el preoperatorio en los 4 abscesos intermusculares altos (100%) pero solamente en 5 de 9 complejos (55.5%). En los otros 4 el diagnóstico se hizo en la operación en 3 y radiológico en 1 (el único por Crohn). El diagnóstico definitivo fue de absceso intermuscular alto (I.M.A.) en 4 casos; absceso pelvirectal puro en 3 casos (P.R.) y de pelvirectal + isquiorectal en 5 casos (I.R. + P.R.).

Los procedimientos quirúrgicos fueron los siguientes:

- En los I.M.A. se procedió al destechado del absceso hacia la cavidad rectal.
- En los P.R. puros en uno se drenó hacia el

recto, en 2 se drenó a través de la fosa isquiorectal.

c) En los P.R. + I.R. se realizó un amplio drenaje perineal + colocación de un Seton para luego proceder a la sección lenta isquémica en 3 casos.

En otros dos casos se drenó ampliamente sin Seton.

*Abscesos de origen neoplásico.* En este grupo la predominancia masculina fue también notoria, 4 a dos, con edades entre 54 a 87 años y una media de 68.6. De ellos 4 se presentaron como abscesos o fístulas I.R. pero que en el examen se demostraron originadas en abscesos supraelevador. Otro caso se presentó como absceso retrorectal crónico mientras que el último lo hizo como tumoración prerectal la cual, cuando se biopsió quirúrgicamente se drenó una gran cavidad con restos neoplásicos.

El tratamiento de estos casos fue primero el del absceso, con drenaje intrarectal en 2, y perineal en 4, procediendo luego a tratar el neoplasma: 2 con radioterapia y cirugía, 3 con cirugía sola (Amputación abd.per.) con un paciente inoperable por senilidad avanzada.

El tipo histológico fue adenocarcinoma mucoscretante en dos casos bien diferenciados en 3 y medianamente diferenciado en otro.

## RESULTADOS

Del primer grupo, no neoplásico, los IMAA drenados hacia el recto curaron todos en forma definitiva (follow up de hasta 3 años). De los 3 P.R. curaron el drenado hacia el recto y uno de los dos que se drenaron a través de la fosa isquiorectal. El otro recidivó requiriendo 2 intervenciones más hasta que curó luego de la sección lenta con el Seton. Los P.R. + I.R., curaron los 3 que se realizó drenaje + Seton, uno de los drenados simplemente curó pero el otro está en tratamiento con un Seton. El paciente con Crohn luego de mejorar con múltiples drenajes se está preparando para una amputación abdomino-perineal.

En el segundo grupo, neoplásico, todos curaron con drenajes amplios, ya sea hacia el recto como perineales, no teniendo aún follow-up suficiente de los 2 que se resecaron para hablar de curación o no.

## DISCUSION

Siendo estos procesos poco frecuentes, existen dificultades, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Del punto de vista diagnósti-

co queremos destacar varios hechos: en primer lugar la historia previa con múltiples operaciones, ello debe hacer sospechar un trayecto complejo. En segundo lugar la presencia del cuadro febril, presente en el 50% de los casos, mientras que en aquellos simples oscila en el 5%; en tercer lugar la repercusión general, que debe hacer pensar sea en un neoplasma o en la enfermedad de Crohn. Por último insistimos en la importancia del examen bajo anestesia por lo menos regional en el tratamiento de todos los procesos supurados perianales. Ello permite descartar extensiones altas de los mismos así como un tratamiento más adecuado. Sobre este punto no existe acuerdo aunque los autores de mayor experiencia, como Parks<sup>(3)</sup>, Ferguson<sup>(7)</sup> y Aboarian<sup>(4, 8)</sup> lo enfatizan.

Sobre la conducta quirúrgica no existe tampoco acuerdo, ya que mientras que Aboarian y Goligher<sup>(2, 4)</sup> se muestran partidarios del drenaje hacia el periné salvo en caso de I.M.A., Ferguson y Parks prefieren el drenaje hacia el recto. Cuando la fistula es crónica se hace necesaria la resección total del trayecto<sup>(4)</sup>.

En cuanto al uso del Seton, Parks<sup>(4)</sup>, Ritchie<sup>(5)</sup> y Thomson<sup>(6)</sup> se muestran contrarios a su uso como elemento de sección lenta diferida, lo cual en nuestro criterio no es así, habiéndonos permitido solucionar varios trayectos muy complejos sin trastornos de la continencia.

La asociación con neoplasmas, si bien está mencionada en todos los trabajos, no así su frecuencia y los problemas de manejo que plantea. Para Goligher se ve sobre todo en tumores de tipo coloidal<sup>(2)</sup> mientras que en esta serie el predominio fue francamente a favor de los bien diferenciados. También aquí una exploración bajo anestesia se impone para un correcto diagnóstico y tratamiento.

## CONCLUSIONES

La escasa frecuencia de estos procesos exige para un correcto diagnóstico de un profundo co-

nocimiento de la posibilidad de ellos, luego de un examen a menudo posible solamente bajo anestesia. De acuerdo a los resultados de esta serie los procedimientos más efectivos fueron los drenajes internos, hacia la cavidad rectal en caso de I.M.A. y P.R. En cambio, cuando estaba asociado un absceso I.R. el tratamiento más efectivo fue el drenaje con sección muscular diferida con Seton. En algún caso de fístula crónica, la fistulectomía asociada a un procedimiento de Parks, de esfinterotomía interna con o sin Seton, son las más correctas. De todas formas son formas complejas que a menudo requieren de varios procedimientos hasta lograr su curación. La asociación con neoplasmas, que no creemos tan raro obliga en general al tratamiento en etapas, con un propósito reconocidamente pobre.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. EISENHAMMER S. — A new approach to the anorectal fistulous abscess based on the high intermuscular lesion. *Surg. Gynecol. Obstet.* 109: 583, 1959.
2. GOLIGHER J.C. — *Surgery of the Colon, Rectum and Anus.* 3rd. ed. London. Bailliere-Tyndall, 1975, p. 195.
3. 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. Colon Rectum* 19: 500, 1976.
4. READ D.R., ABOARIAN H.A. — A prospective survey of 474 patients with anorectal abscesses. *Dis. Colon Rectum* 22: 566, 1979.
5. MARKS C.G., RITCHIE J.K. — Anal fistulas at St Mark's Hospital. *Br. J. Surg.* 64: 84, 1977.
6. THOMSON J.P.P.S.P., NICHOLLS R.J., WILLIAMS C.B. — *Colorectal Disease. An introduction for surgeons and physicians.* London, W. Heinemann, 1981, p. 321.
7. HANLEY P.H. — Absceso y fistula anorectales. *Clin. Quir. Norte Am.* 3: 487, 1978.
8. CHRABOT C.M., PRASAD M.L., ABOARIAN H. — Recurrent anorectal abscesses. *Dis. Colon Rectum* 26: 105, 1983.