

Concepto anatómico de la verdadera ubicación de los abscesos intermusculares altos

Implicancia terapéutica

Dres. Gustavo Veirano,
Jorge Bermúdez
y Omar Rompani.

Basados en las descripciones que hemos realizado (comunicaciones previas) sobre la disposición de la musculatura ano-recto-perineal discutimos la real ubicación de los llamados abscesos intermusculares altos. Jerarquizamos el hecho de la íntima adherencia de las fibras longitudinales del recto a las fibras circulares. En ello no difiere del resto de las vísceras digestivas. Asimismo se describen fibras longitudinales unidas a fibras del elevador para descender formando el septum intermuscular anal.

Basados en disecciones anatómicas en piezas de cadáver fresco y otras formoladas, postulamos que la difusión alta de los procesos supurados de origen críptico se realiza por fuera de las fibras longitudinales ubicándose por lo tanto entre la fascia rectis y la capa longitudinal, o por fuera entre la fascia pélvica y el elevador.

El drenaje de los mismos se podría realizar, y así lo hemos hecho en dos casos, abordando por el espacio interfinteriano, sin necesidad de una gran apertura hacia el recto.

El resultado final es una recuperación más rápida y creemos que menor posibilidad de déficit en la continencia.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
ABSCESS / RECTUM / ANATOMY.

Clínicas Quirúrgicas "A" (Director Prof. Agregado Dr. Gonzalo Maquieira) y "I" (Director Prof. Dr. Bollívar Delgado). Hospital de Clínicas y Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.

SUMMARY: Anatomical concept of the real location of upper intermuscular abscesses. Therapeutical implications.

Authors discuss the real location of the so-called intermuscular abscesses, based on previous descriptions they have made of ano-recto-perineal musculature. They point out the intimate adherence of longitudinal rectum fibers to circular ones, and also describe longitudinal fibers that join fibers from the levator ani and then descend and form the anal intermuscular septum. Based on anatomical dissections on fresh cadaveric pieces and others kept in formaldehyde, they suggest that the upper diffusion of suppurative processes of cryptic origin is made outside the longitudinal fibers, thus being located between the fascia rectis and the longitudinal layer, or on the outside between the pelvic fascia and the levator ani. They suggest the drainage could be made through the intersphincter space, without making a great opening towards the rectum. (This type of drainage has been carried out by the authors in two cases). The final result is a quicker healing and less chances of continence deficit.

RÉSUMÉ: Concept anatomique sur la véritable place des abcès intermusculaires hauts. Implications thérapeutiques.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de abril de 1986.

Ayudante de Clase de Anatomía, Prof. Adjunto y Ex-Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Av. Brasil 3096 apto. 104, Montevideo. (Dr. G. Veirano).

Basés sur les descriptions faites (communications préalables) sur la disposition de la musculature ano-recto-périnéale, les auteurs discutent la véritable place des abcès intermusculaires hauts. Ils soulignent l'étroite adhérence des fibres longitudinales du rectum aux fibres circulaires, fait qui est observé dans toutes les viscères digestives. Ils font aussi la description des fibres longitudinales qui s'unissent aux fibres du releveur de l'anus descendre après, constituent le septum intermusculaire anal.

Basés sur les dissections anatomiques dans des cadavres frais ou conservés en formol, ils postulent que la diffusion haute des procès supurés d'origine cryptique s'effectue en dehors des fibres longitudinales. Ils se situent entre le fascia rectis et la couche longitudinale, ou, en dehors, entre le fascia pelvique et le releveur de l'anus.

Le drainage de ces abcès peut se faire en abordant l'estace intersphinctérien, sans avoir besoin de faire une grande ouverture vers le rectum. Nous l'avons fait ainsi dans deux cas.

Le résultat finale est une récupération plus rapide et à notre avis, avec une faible chance de défaut d'incontinence.

INTRODUCCION

Las descripciones anatómicas clásicas actualmente aceptadas (Eisenhammer 1961, Goligher, Parks) referidas a la región ano-rectal y las vías de difusión de los procesos supurados perianales, establecen el plano interesfinteriano entre las fibras longitudinales del recto y el esfínter interno. Dichos autores al referirse a la difusión vertical ascendente de los procesos supurados de origen cripto-glandular, topografían y describen abscesos en la vecindad inmediata de la pared rectal, denominándolos intermusculares altos. Del mismo modo topografían los abscesos altos, alejados de la pared rectal en el espacio pelvirectal superior (abscesos supraelevadores).

De nuestras disecciones sobre las estructuras anatómicas que forman dicha región concluimos algunos hechos que no coinciden exactamente con los conceptos habituales en lo referente a la topografía de estos procesos supurados.

MATERIAL Y METODOS

Se estudian, siguiendo la técnica de la disección macroscópica clásica, piezas anatómicas de cadáveres de morgue y cadáveres fijados con formol al 10%.

Las piezas se obtuvieron mediante la resección perineo-abdominal del suelo pelviano y del sector ampular del recto.

Luego de la sección alta del coxis se extendió la disección lateralmente hasta la pared pelviana desinsertando el elevador de la misma en toda su extensión y hacia adelante incluyendo el plano genital.

En estas piezas así obtenidas se disecó en sentido vertical desde la cavidad pelviana en uno de los lados y comenzando la misma desde la piel en el lado opuesto.

DISCUSION ANATOMICA

En todas las disecciones realizadas desde arriba (cara pelviana de la pieza) hemos encontrado que la fascia rectis está en continuidad hacia afuera a nivel del plano muscular del elevador del ano con la aponeurosis profunda de la pelvis (fascia pelvis) que cubre la cara superior de dicho músculo.

La fascia rectis es fácilmente decolable del resto de la pared rectal a expensas de un espacio ocupado por tejido conjuntivo laxo.

Del mismo modo se puede decolar la fascia pelviana profunda de la cara superior del elevador.

No hemos encontrado ningún punto en el cual exista un plano de clivaje transitable por la disección, entre las fibras longitudinales y circulares del recto (el llamado espacio intermuscular).

Seccionando el ángulo diedro formado por dichas fascias al continuarse una con otra se accede por el borde superior o "techo" al espacio interesfinteriano pudiendo progresar la disección a su través hasta la piel perianal. Hacia adentro están íntimamente unidos a este nivel (canal anal) las fibras longitudinales del recto (músculo longitudinal conjunto) al plano del esfínter liso. Por fuera quedan las fibras dispuestas en tres haces del esfínter externo como lo describen todos los autores modernos.

Al realizar la disección desde abajo, y abordar el espacio interesfinteriano por su borde inferior "suelo" siempre llegamos hasta el diedro de las fascias rectis y pelviana situados por fuera de las fibras longitudinales del recto.

Entre las capas longitudinal y circular del recto no existe un plano decolable que el cirujano o un proceso supurado pueda transitar.

Este hecho está de acuerdo con lo que sucede en toda víscera digestiva. En aquellas que no tienen cubierta serosa el tejido conjuntivo circundante la sustituye, formando como en el recto pelviano, la fascia rectis. Jerarquizamos el hecho de que el verdadero plano de clivaje de la pared rectal es precisamente el que queda situado

entre las fibras musculares rectales y la fascia perivisceral (fascia rectis).

Por lo tanto la extensión ascendente de un proceso supurado procedente del espacio interesfinteriano cuando sobrepasa en altura el elevador puede tomar dos caminos: hacia adentro, entre la fascia rectis y la pared muscular del recto o hacia afuera entre la fascia pélvica y el elevador del ano.

Llegados a esta conclusión anatómica y patogénica creemos procedente sustituir el término de absceso intermuscular alto (Eisenhammer) por la denominación de absceso para rectal alto.

PROYECCION QUIRURGICA

Como se desprende del procedimiento de disección que hemos descrito al ir desde la piel hacia la pelvis, la vía de abordaje para explorar los posibles abscesos altos debe ser a través del espacio interesfinteriano el cual como ya se ha descrito (Parks) es avascular y por lo tanto su travesía es inocua.

De esta forma se puede llegar a drenar cualquier absceso supra elevador adecuando luego la puesta a plano hacia la luz rectal a la entidad del absceso.

En varios casos clínicos hemos utilizado esta vía para explorar y drenar abscesos altos debiendo siempre asociar la sección de por lo menos 2/3 inferiores del esfínter interno para asegurar un drenaje adecuado de dicho proceso.

En uno sólo de 5 casos en el cual fue necesario para el adecuado drenaje la sección total del esfínter interno, se comprobó en la evolución una incontinencia esporádica para gases.

El resultado final es una recuperación más rápida y sin déficit importante de la continencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERMUDEZ J., ROMPANI O., VEIRANO G. — Abscesos y fístulas perianales. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Cir. Urug.
2. EISENHAMMER S. — A new approach to the anorectal fistulous abscess based on the high intermuscular lesion. Surg. Gynecol. Obstet. 106: 595, 1958.
3. GOLIGHER J.C., LEACOCK A.G., BROSSY J.J. — The surgical anatomy of anal canal. Br. J. Surg. 43: 51-6, 1965.
4. GOLIGHER J.C., ELLIS M., PISSICLES A. — A study of the role of interesphinteric abscess formation in the pathogenesis of anorectal abscess and fistula. Br. J. Surg. 54: 64, 1967.
5. HANLEY P.H. — Abscesos y fístulas anorectales. Clin. Quir. North Am. 3: 487, 1978.
6. PARKS A.G., THOMPSON J.P.S. — Interesphinteric abscess. Br. Med. J. 2: 537-9, 1973.

7. PARKS A.G., GORDON P.H., HARDCASTLE J.P. — A classification of fistula in ano. Br. J. Surg. 63: 1-12, 1976.

Dr. J. BERMUDEZ (cierra la discusión):

Quiero agradecer a los colegas que han comentado.

En primer lugar al Dr. Valls, cuya versación anatómica es por todos nosotros conocida y apreciada, que el verdadero valor de algunos aspectos anatómicos son siempre discutibles y puestos en duda con el correr de los años, y así como nosotros en este momento desde el punto de vista anatómico discrepamos con maestros como han sido Goligher y Parks y otros autores que han disecado y han tenido una enorme experiencia anatómica en estas regiones, con el tiempo, es posible que vengan otros trabajos que se opongan a lo que en este momento nosotros creemos que es la realidad de la ubicación de estos abscesos.

Creo que el valor anatómico, el Dr. Veirano hizo hincapié en ello; el valor de la parte clínica, y en eso le contesto ya al Dr. Perdomo, el trabajo de Parks aunque fenga desde el punto de vista anatómico el defecto a nuestros ojos de ubicar los abscesos en un plano intermuscular así como el profesor Goligher, del punto de vista terapéutico es muy claro que la solución de estos abscesos es el drenaje hacia la cavidad rectal y así nosotros lo hemos hecho en una serie que presentamos hace unos dos o tres años, en la cual los abscesos intermusculares altos (en ese momento el apelativo estaba totalmente aceptado), los habíamos drenado siempre hacia la luz rectal, o en algunos casos explorando por el espacio interesfinteriano luego de hecho el drenaje, completado con la sección del esfínter interno y muchas veces de la pared rectal hacia la luz. De esa manera quedando abierto totalmente y dejando un ano momentáneamente hipotónico que se produce luego de la sección del esfínter interno, de esa manera el drenaje hacia adentro se hacía sin ninguna dificultad y con una curación en todos los casos perfecta, sin secuelas de incontinencia.

Cuando esos abscesos se drenaron hacia afuera como hemos visto y hemos visto publicado recientemente por algunos autores norteamericanos, la verdad sea dicha nos horroriza, porque estos abscesos drenados por la fosa isquiorrectal producen una fístula supra y extraesfinteriana, es decir, una de las fístulas más difíciles de tratar de todas. ¿Por qué? Porque se está drenando un espacio que está comunicado hacia la vía interesfinteriana y hacia el sector interno del canal anal; se lo drena atravesando todos los planos, digamos, nobles de la continencia, como es el plano del elevador y la totalidad del esfínter. Cuando eso se intenta poner a plano después, esto produce enormes dificultades.

Por lo tanto, el tratamiento de los abscesos altos, todo el mundo lo acepta salvo algunos autores, que se debe hacer hacia la luz rectal, y eso nosotros lo hemos hecho y sabemos de otros cirujanos acá que lo han hecho sistemáticamente en esa forma con excelentes resultados.

Del punto de vista de la mención que hace el Dr. Valls del trabajo de Mérola, creo que sí, que tiene una similitud con la técnica en el sentido de que Mérola después de hacer la disección aparentemente hacia una inversión como quien da vuelta una media, hacia adentro del trayecto; pero eso nosotros no lo hemos podido hacer nunca y nunca lo pudimos ver hacer, de manera que es difícil de concebir cómo puede un trayecto, el mismo que está fibrosado, invertirse como una media, pero creo que el concepto era la preservación del esfínter externo en su totalidad.

Nada más, muchas gracias.