

TECNICA QUIRURGICA

Técnica de Parks modificada para el tratamiento de las fístulas transesfinterianas medias y altas

Dres. Jorge Bermúdez y Gustavo Veirano.

El objetivo de la técnica de Parks es la preservación de la totalidad del esfínter externo. La resección de la cripta con un sector de esfínter interno evita las recidivas, el seton colocado en el trayecto asegura el drenaje. A pesar de ello en un 20% de los casos es necesario la sección diferida del esfínter por persistencia del trayecto.

En una serie de casos se realizó la técnica de Parks pero en lugar de colocar el seton se cerró el orificio muscular externo por el lado del canal anal con puntos de Dexon 4-0. Los resultados fueron óptimos en cuanto a cicatrización primaria del trayecto (1-2 semanas), más lenta del defecto interno (3-5 semanas), sin secuela alejada de incontinencia. No se constataron recidivas en control de 4 meses a 5 años.

En conclusión, consideramos que los principios de la técnica de Parks son los que ofrecen un mejor resultado terapéutico, proponemos una variante técnica que, en nuestra experiencia ha ofrecido aún mejor resultado.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
RECTAL FISTULA.*

SUMMARY: Parks' modified technique for treatment of upper and medium trans-

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

Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica, Ayudante de Clase de Anatomía.

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

Clinicas Quirúrgicas "A" (Director Prof. Agregado Dr. Gonzalo Maquieira) y "1" (Director Prof. Dr. Bollvar Delgado). Hospital de Clínicas y Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.

sphincteral fistula.

The aim of Parks' technique is the preservation of all the external sphincter. Crypt resection with a section of the internal sphincter prevents relapses and the seton placed in the traject ensures drainage. In spite of this, in 20% of the cases, delayed sphincter section is necessary because of traject persistence. In a series of cases authors used Parks' technique but instead of placing Seton, the external muscular orifice was closed from the anal canal with Dexon 4-0 stitches. Results were optimum from the point of view of trajects' primary healing (1-2 weeks), rather slower for the internal defect (3-5 weeks) with no subsequent incontinence sequel. No relapses were found in follow-ups of 4 months up to 5 years.

RÉSUMÉ: Technique de Parks modifiée pour le traitement des fystules transsphinctériennes médianes et hautes.

Le but de la technique de Parks est la préservation de la totalité du sphincter externe. La résection de la crypte avec un secteur du sphincter interne empêche les récides; le séton placé dans le trajet assure le drainage. Malgré ça, dans un 20% des cas la section différée du sphincter est nécessaire par la persistance du trajet.

La technique de Parks fut pratiquée dans une série, mais avec une variante: au lieu de placer la séton, ils ont fermé l'orifice musculaire externe du côté du canal anal, avec des points de Dexon 4-0. Les résultats furent excellents en ce qui concerne la cicatrísation primaire

du trajet (1 à 2 semaines), plus lente pour la défaut interne (3 à 5 semaines) sans séquelle éloignée d'incontinence. Ils n'ont pas constaté de récives dans des contrôles effectués de 4 mois à 5 ans.

En conclusion, ils considèrent que les principes de la technique de Parks son ceux qui offrent un meilleur résultat thérapeutique. Mais ils proposent une variante technique, qui dans leur expérience, offre encore un meilleur résultat.

INTRODUCCION

El objetivo del tratamiento quirúrgico de las fístulas perianales es la cura de la enfermedad mediante una técnica que suprima la causa, ponga a cubierto de las recidivas al tiempo que no deje secuelas funcionales, o sea, incontinencia. Este tratamiento ideal es fácilmente alcanzable en las fístulas bajas o interesfinterianas, pero a medida que la fístula es más compleja por travesía media o alta del aparato esfinteriano o por existencia de extensiones supraesfinterianas o circulares (herradura) el objetivo ya no es fácil de alcanzar.

MATERIAL Y METODO

La técnica empleada ha sido la siguiente:

- anestesia general o regional (caudal de preferencia).
- exploración cuidadosa palpatoria buscando los trayectos.
- inyección de solución de adrenalina en bupivacaína 1/200.000 en la zona a operar.
- inyección de azul de metileno 1 cc en 4 cc de agua oxigenada para teñir trayectos.
- disección del trayecto de afuera a adentro hasta el esfínter externo.
- apertura del espacio interesfinteriano y disección rodeando el sector del orificio interno. Resección de piel, mucosa y zona criptoglandular incluyendo el esfínter interno, extendida 2-3 mm a cada lado del orificio interno.
- resección del trayecto transesfinteriano.
- cierre del orificio dejado en el esfínter externo, mediante puntos de Dexon 4-0 en sentido vertical, es decir uniendo las fibras circulares.
- drenaje del sector correspondiente a la fosa isquio rectal con lámina de guante, dejando ampliamente abierto y dilatado el sector anal.
- postoperatorio, el dren de la zona sale en la primera curación prosiguiendo luego con lavados con agua y/o líquido desinfectante.

Desde 1978 a la fecha hemos realizado la técnica en 22 pacientes de acuerdo a la distribución siguiente:

— fístulas transesfinterianas medias	17
— fístulas transesfinterianas altas	15
— con extensión supraelevador	3
— en herradura posterior	5
— en herradura anterior	

Los resultados obtenidos en lo referente al sector isquiorectal fue la curación en 1-2 semanas y la del sector interno en 3-5 con vigilancia y examen endoscópico semanal.

En esta serie no se observaron recidivas en controles entre 4 meses y 5 años en 29 casos controlados.

Desde el punto de vista funcional no se pesquisaron defectos de la continencia para gases o materias en ningún paciente más allá del primer mes. Tres pacientes refieren ocasional "soiling".

DISCUSION

La puesta a plano con curetaje del trayecto cura la enfermedad en la gran mayoría de los casos. La frecuencia de su secuela, manifestada por incontinencia anal, es muy elevada. Esta varía según Goligher entre el 12 y 36% de acuerdo a la altura de la sección y el grado de incontinencia relatado.

Se han ideado numerosos procedimientos para solucionar estos inconvenientes todos tendientes a la cirugía conservadora.

Starr en 1949 proponía resecar el trayecto y puesta a plano del mismo con reparación inmediata del aparato esfinteriano.

Los resultados eran buenos excepto en los casos de supuración que obligaba a la apertura dejando que cerrara por segunda intención (8 a 20 casos) en la experiencia de Goligher.

Parks en 1961 y 1976 propone la cura radical mediante la resección de piel, mucosa y esfínter interno incluyendo en la pieza la glándula afectada (orificio interno del trayecto).

A ello se le suma la resección del trayecto desde el orificio externo hasta el esfínter externo y de ser posible el trayecto transesfinteriano. Este procedimiento deja una solución de continuidad en el esfínter externo a través del cual Parks deja un seton con la finalidad de asegurar un drenaje adecuado y la posibilidad de estimar en el postoperatorio el volumen de esfínter externo, superficial a dicho trayecto.

Asimismo este procedimiento asegura la cicatrización lenta de adentro hacia afuera del tra-

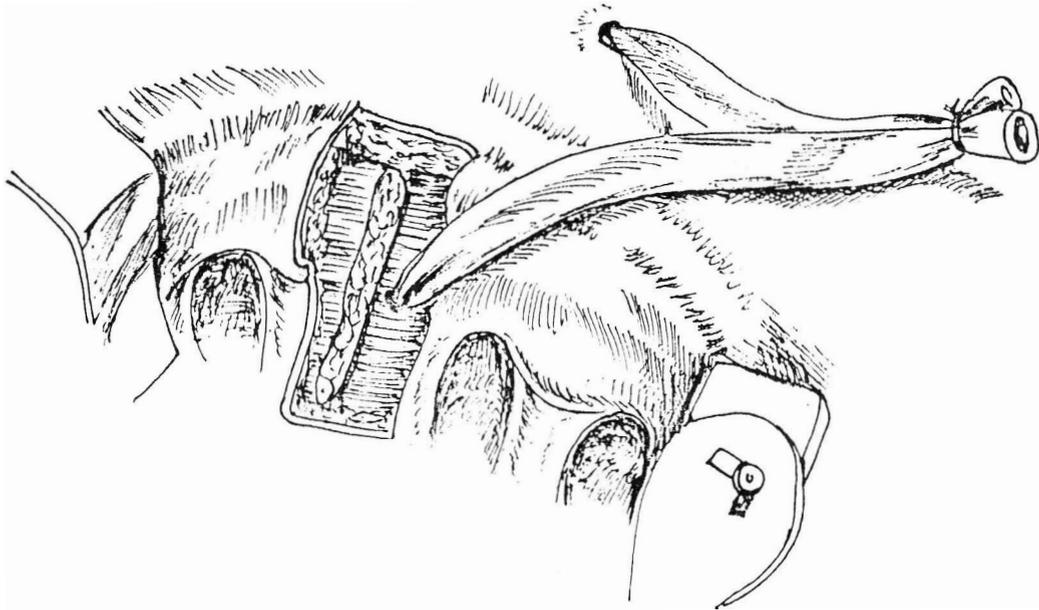


Fig. 1. Técnica de Parks, con Seton colocado.

yecto evitando el cierre prematuro del orificio externo y la recidiva de la fistula.

El drenaje así establecido permite que se observe a menudo la salida de materias fecales y pus por el trayecto fistuloso así drenado. Tanto en la experiencia de Parks y los cirujanos del St. Mark's como en la nuestra (2 de 4 casos) la persistencia de dicho drenaje obliga a la sección diferida del esfínter externo.

De acuerdo a la experiencia relatada con el cierre del orificio muscular del esfínter externo el resultado positivo radica en: la disminución del tiempo en que cicatriza el trayecto y la ausencia de recidivas que creemos debida a la esfinterectomía interna que asegura una disminución del tono muscular esfinteriano permitiendo el cierre primario del aparato muscular externo.

Desde el punto de vista funcional la preservación de la totalidad del músculo estriado y del sector alto del esfínter interno proporciona una continencia adecuada.

Si bien es una técnica laboriosa y exige un conocimiento anatómico exacto de la región, sus resultados y la ausencia de complicaciones en el postoperatorio contrapesan estas dificultades.

Las indicaciones de la misma las hacemos en: fistulas transesfinterianas altas en cualquier topografía. En todas las fistulas en herradura y en las fistulas transesfinterianas medias y aún bajas especialmente si éstas están cercanas a la comisura anterior en la mujer en quienes a ese nivel el esfínter es más débil.

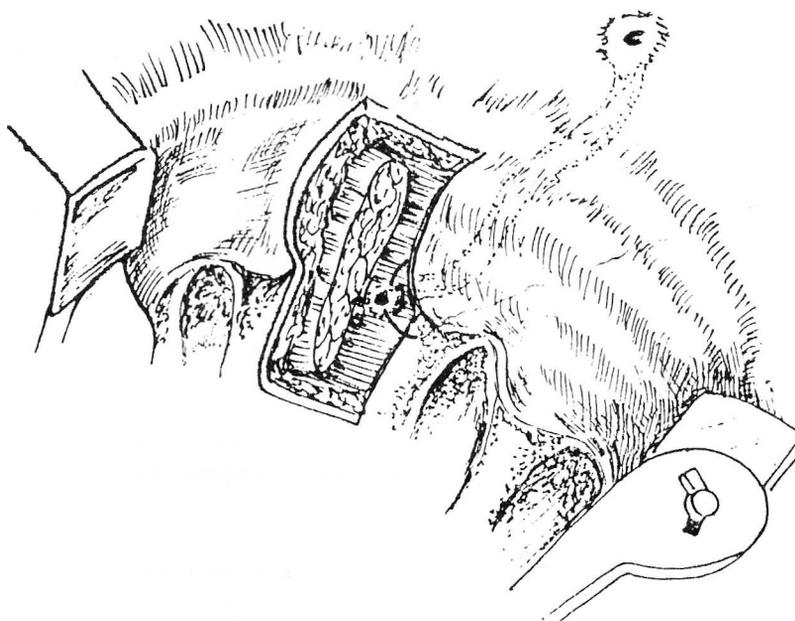


Fig. 2. Cierre del orificio muscular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. COURTNEY H. — Anatomy of the pelvic diaphragm and ano-rectal musculature as related to sphincter preservation in anorectal surgery. *Am. J. Surg.* 79: 155, 1950.
2. HANLEY P.H. — Rubber band seton in management of abscess and fistula. *Am. Surg.* April 1978.
3. PARKS A.G. — Pathogenesis and treatment of fistula in ano. *Br. Med. J.* I; 463, 1961.
4. PARKS A.G., STITZ R.W. — The treatment of high fistula in ano. *Dis. Colon Rectum* 19: 487-99, 1976.
5. STARR K.W. — Primary closure in proctology. *Postgrad. Med.* 14: 365, 1953.