

Trabajo de la clínica del Prof. Stajano

FISTULAS PERIANALES DE ORIGEN COCCIGEO

Dr. J. Suárez Meléndez

En el periné posterior se localizan con frecuencia procesos fistulosos. Abundan las observaciones en todas las clínicas y poli-clínicas, donde se estima, generalmente, como casos de cirugía menor, conferidos a principiantes, intervenidos a menudo sin un examen clínico completo y preciso. Sus recidivas son, posteriormente, un problema para el cirujano y el más molesto achaque para el enfermo que debe arrastrar, a veces durante años, un rezumamiento pertinaz en el periné, con todas sus consecuencias.

La observación de algunos casos de fistulizaciones perianales, sobre cuyo origen y etiología no se insiste suficientemente en los tratados de patología, ni en los de proctología, nos permiten traer a la consideración de la Sociedad de Cirugía algunas historias clínicas, señalando, fundamentalmente, la importancia del examen clínico para un correcto diagnóstico que permita el tratamiento quirúrgico sin mutilaciones y sin recidivas.

Por razones de frecuencia, se relaciona las fístulas perianales con una etiología ano-rectal. Y aun para las fístulas alejadas del periano, a menudo, se orienta las búsquedas en el mismo sentido, en razón de las alteraciones patológicas regionales que imponen a los trayectos las más caprichosas sinuosidades, por desigual resistencia de los planos en que transcurren.

Sin pretender restarle nada de la importancia que tiene el origen ano-rectal de estas fístulas, debemos destacar la jerarquía que en clínica debe darse a las "fístulas de origen extra-ano-rectal", dado que el desconocimiento o el olvido de estos factores etiológicos, es causa de muchas recidivas operatorias de fístulas perianales.

La denominación de "fístula perianal" es dada por la localización del orificio cutáneo secundario o de salida, alrededor del

ano, pero no debe prejuzgar sobre la localización del extremo primario u origen del trayecto.

Cuando el examen clínico, basado primordialmente en una correcta *rectoanosocopia*, evidencia la indemnidad del tractus terminal del intestino, el examen en regiones vecinas, extra ano-rectales, puede descubrir el foco primario.

El "origen extra ano-rectal" reconoce distinta topografía anatómica:

- 1º) Origen urinario: fístulas urinarias.
- 2º) Origen óseo: fístulas osteopáticas.
- 3º) Origen sacrococcígeo: fístulas llamadas coccígeas o congénitas.

En cada grupo, al igual que en las fístulas de origen ano-rectal, participan factores etiológicos predisponentes que le son propios. En todos ellos existe el factor determinante común, la infección. Esta infección puede ser banal o específica: la tuberculosis juega un papel primordial en la etiología de las fístulas del periné, cualquiera sea su origen. La enfermedad de Nicolas-Favre rectal se complica con fístulas perianales.

No abundaremos en consideraciones sobre todas esas variedades de fístulas. Es sobre el último grupo — las fístulas de origen sacrococcígeo o congénitas — que deseamos recalcar su modalidad clínica y la indicación de un tratamiento quirúrgico.

El Prof. Alfonso Lamas en su clínica insistía sobre el origen coccígeo, en ciertas fístulas perianales, rebeldes a todos los tratamientos médicos y que recidivan después de intervenciones deficientemente orientadas. La resección quirúrgica bien conducida le ha permitido la curación definitiva de estos achaques. La observación N° 1 que publicamos, responde a la ficha N° 2 del Servicio del Prof. Stajano. Se trataba de un enfermo transferido en la entrega de la Sala 21 del Hospital Pasteur, en 1935, a quien se le habían practicado anteriores intervenciones infructuosas; investigado su origen coccígeo, por sugestión del Prof. Abel Chifflet y bien conducido el tratamiento quirúrgico, pudo curarse un molesto achaque. Esta observación ha constituido el ejemplo básico para ulteriores búsquedas en ese sentido y nunca se ha operado en el servicio del Prof. Stajano una fístula perianal sin descartar o plantear la posibilidad de la etiología extra ano-rectal.

Sintomatología. — Los síntomas de estos procesos son los habituales de las fistulas perianales. En la historia clínica, a menudo se encuentra la evolución en dos etapas:

1º) *Etapa del absceso*, con todo el cortejo sintomático ruidoso del estado inflamatorio agudo, con las manifestaciones generales febriles y los signos locales de colección supurada. La abertura quirúrgica o espontánea del absceso pone fin a esta etapa. En algunos casos este episodio no existe o ha pasado desapercibido o es olvidado y el sujeto se presenta con la sintomatología de la segunda etapa.

2º) *Etapa del rezumamiento fistuloso*. Los síntomas subjetivos son vagas molestias perineales, escozor pertinaz, que se intensifican al caminar, al sentarse, al montar a caballo. El síntoma más llamativo, que obliga a la consulta, es la secreción de pus, más o menos abundante y persistente, que moja las ropas del enfermo y macera la piel perineal. En estos casos, como en las más diversas manifestaciones proctológicas, el enfermo consulta por "hemorroides", cuando se decide a hacerlo, venciendo falsos escrúpulos aun arraigados.

Examen físico de las fistulas perianales. — Sistematizamos el examen físico de un enfermo con fistula perineal, teniendo presente las diversas posibilidades de origen del trayecto y a fin de evitar, por un examen metódico y completo, los errores de diagnóstico.

La *posición* en que colocamos al enfermo es la *genupectoral*, que permite una completa exposición del periné y región sacrococcígea. Sólo en la mujer y en circunstancias especiales, podrá adoptarse la posición de Sims. La posición de la talla o ginecológica debe ser descartada en estos casos, para no pasar desapercibidas las fistulas sacrococcígeas.

Consignamos por su orden, en todos los casos, los siguientes elementos semiológicos:

1º) *Localización del o de los orificios fistulosos cutáneos*. La topografía es referida al periné anterior o posterior. En este último caso, precisando sus relaciones con el ano, como en una esfera de reloj y señalando en centímetros, la distancia a la línea ano-cutánea.

2º) *Caracteres del orificio cutáneo o de salida*. El orificio puede estar localizado en superficie plana o en una cicatriz o

en el fondo de una depresión o sobre una prominencia formada por granulaciones friables, pálidas o rojas. Los bordes epitelizados o no, decolados o no. Se precisará la coloración de esos bordes y la de la piel circundante; la secreción evacuada espontáneamente o por expresión del trayecto. A veces emerge por el orificio secundario de una fístula de origen congénito algunos vellos.

3º) *Caracteres del trayecto fistuloso.* La palpación de la región permite, en algunos casos, comprobar un cordón indurado (●bservaciones Nos. 2 y 6), una infiltración o esclerosis difusa de los planos perineales, según la antigüedad o extensión de la supuración. Pero es sobre todo la exploración del trayecto con estilete fino o sonda acanalada, que asesora sobre la dirección del trayecto y sus relaciones con el esfínter anal.

a) *Dirección del trayecto.* Elemento fundamental para el diagnóstico clínico. El cateterismo del trayecto no es siempre fácil, porque las fístulas son, generalmente, anfractuosas o con obliteraciones parciales segmentarias y es posible seguir una falsa ruta, al introducir el estilete en sinuosidades. Si la exploración se hace por maniobras forzadas, que dilaceren los tejidos perineales, se conduce el estilete a regiones no alteradas, formándose un falso concepto sobre el foco inicial. Es frecuente que el clínico se oriente hacia el canal anal y en busca de una comunicación con el mismo forcejee por dentro del esfínter o entre sus fascículos, llegando a la submucosa para dar por terminada la exploración, admitiendo, erróneamente, el origen ano-rectal y clasificando a la fístula como "ciega externa". A la inversa, en las fístulas de origen ano-rectal, de la hemicircunferencia posterior, la exploración con estilete puede conducir equivocadamente hacia la región sacrococcígea; si recordamos la regla de Salmón que establece para las fístulas posteriores un trayecto curvilíneo a concavidad anterior, con un orificio interno en una cripta de la línea media posterior, comprendemos como es posible orientarse hacia la región sacrococcígea, desconociendo el verdadero origen ano-rectal.

Evidentemente, la exploración con estilete o sonda acanalada, siendo una maniobra ciega, está expuesta a los errores de su propia naturaleza y, además, a las contingencias de la estructura anfractuosa de los trayectos. Sin llegar a negarle toda im-

portancia, como sostienen algunos autores, es menester ser cauteloso al deducir conclusiones sobre el origen de las fístulas, por el simple cateterismo del trayecto. No olvidemos que todas las maniobras de exploración de los trayectos son pasibles de críticas y sujetas a errores.

b) *Relaciones del trayecto con el esfínter anal.* Comprobado mediante el examen combinado del estilete intrafístula y el tacto rectal, haciendo contraer el esfínter al enfermo. En las fístulas perianales de origen coccígeo, el estilete se mantiene fuera del esfínter.

4º) *Exploración de la región sacrococcígea.* A la inspección se observan dos zonas de diversa importancia para los procesos en estudio: a) La porción alta, casi plana, que se continúa con la región lumbar y donde raramente asientan orificios fistulosos. b) La porción baja, correspondiente a la parte superior del pliegue interglúteo, en forma de estrecho surco, que se visualiza separando la parte alta de los glúteos. En la línea media se observa, generalmente, a nivel del coxis o por debajo del mismo, una fosita o depresión más o menos acentuada, desprovista de vellos: es la fosita coccígea de Ecker, el infundíbulo coccígeo de Heurtaux. En esta fosita o por encima de la misma, se observan en muchos sujetos, uno o varios orificios: son los senos pilosos o pilonidales, las llamadas fístulas coccígeas. Sus bordes son epitelizados, pudiendo emerger un vello de su interior. El tamaño del orificio es variable, desde el de una punta de alfiler, hasta medio centímetro de diámetro. En algunos sujetos se encuentra un verdadero rosario de senos pilosos alineados en el rafe medio de la región. Excepcionalmente estos orificios están lateralizados. En la profundidad están en relación, a veces, con un *quistes dermoide*, relleno de vellos, que está expuesto a las complicaciones infecciosas y a la transformación neoplásica. Cuando se cateteriza un seno piloso se comprueba que su extensión es corta, pudiendo profundizarse hasta el plano esquelético subyacente; en cuanto a su dirección, repiten todos los tratados de proctología, es hacia arriba. Nosotros hemos comprobado en los senos pilosos complicados con fistulizaciones perianales, una localización baja, coccígea, del orificio primario y una dirección francamente hacia el ano en el corto trayecto cateterizado. Además, los bordes epi-

telizados del orificio del seno son distintos: el borde inferior forma un labio afinado, contrariamente al labio superior.

5º) *Tacto rectal y recto-anoscopia.* Estas dos maniobras deben sucederse una a la otra, completando la palpación con la inspección ano-rectal. El tacto rectal permitirá conocer el estado del esfínter, la mucosa ano-rectal, la ampolla rectal y los genitales internos en el hombre. La recto-anoscopia permite visualizar la mucosa ano-rectal, el estado de la línea pectínea, la existencia o no de hemorroides, criptitis, papilitis, etc. En la variedad de fístulas que nos ocupa, este examen es generalmente negativo.

6º) *Inyección de sustancias colorantes por el orificio secundario.* Inyectamos en el trayecto una mezcla en partes iguales de azul de metileno al 1 % y agua oxigenada. Esta mezcla permite completar la propiedad tintoreal del azul de metileno con la acción penetrante del agua oxigenada, dando una coloración de todos los recesos fistulosos. En todos los casos hacemos la inyección concomitantemente con la anoscopia, para despistar una eventual comunicación del trayecto con el canal anal. Repetimos igualmente la inyección en la mesa de operaciones, para asegurar la exéresis completa del trayecto, reconociendo mejor los tejidos patológicos.

Otras variadas sustancias son recomendadas con el mismo fin. La inyección de sustancias colorantes, no escapa a las objeciones formuladas a todos los medios de exploración del trayecto fistuloso. Resultan a menudo insuficientes para poner en evidencia todas las prolongaciones. Admiten algunos autores que, en ciertos casos, la coloración de los vasos linfáticos perifístula da una imagen engañosa sobre la extensión de la fístula.

7º) *Exploración del esqueleto regional.* La posibilidad de un origen óseo de estas fistulas, requiere un examen preciso de los huesos de la pelvis y la articulación coxofemoral. La exploración clínica y el clisé radiográfico — si fuera necesario — aclarará todas las dudas.

8º) *Exploración del aparato urinario.* Las fístulas uretro cutáneas complicadas con largos trayectos y abertura perineal, son las uretro-prostáticas o las uretro-bulbares, a etiología inflamatoria o traumática.

Estas fístulas se caracterizan por la salida de orina por el

orificio fistuloso externo durante la micción. El hecho de no ser nunca urinarias puras, sino uro-purulentas, obliga a evidenciar la presencia de orina mediante colorantes, que se eliminan rápidamente por vía renal (azul de metileno, índigo carmín, sulfanilamidas coloreadas). La historia clínica del enfermo, la palpación del aparato genital externo e interno y la exploración uretral, precisarán el diagnóstico positivo y afirmarán su topografía.

Cuando estas fistulas uro-purulentas se abren en el periano, generalmente lo hacen en la parte anterior o sobre los lados.

En resumen, el examen físico bien conducido, permite afirmar clínicamente el origen del trayecto fistuloso, orientando la conducta quirúrgica.

Etiología y patogenia. — No abundaremos en las consideraciones patogénicas que sobre las fistulas coccígeas insisten todos los libros.

La formación de estas fístulas complejas de origen sacrocócigeo, responde a factores etiológicos que pueden agruparse en la siguiente forma:

- 1º) Causa predisponente: la malformación congénita.
- 2º) Causas indirectas: irritaciones, inflamaciones.
- 3º) Causa directa; infección.

Esquematisando la evolución del proceso infeccioso hasta la constitución de la fistula, podemos establecer cuatro períodos:

1er. Período. — Existe la malformación congénita predisponente: el seno piloso o pilonidal, asociado o no a quiste dermoides coccígeo. Omitiremos la repetición de las diversas teorías expuestas sobre su origen embriológico. Las teorías predominantes actuales — neurogénicas y la de la invaginación ectodérmica — se detallan en todos los tratados.

Lo evidente es la acción predisponente a la localización infecciosa ofrecida por esos senos, en una región donde los cuidados higiénicos pueden ser precarios y teniendo, como hemos observado, un trayecto hacia abajo que favorece el acúmulo de partículas extrañas. *El seno piloso ofrece un nido a la infección, similar a la cripta anorrectal.*

La inflamación del seno piloso da un rezumamiento persistente o constituye un verdadero absceso coccígeo localizado, por

obliteración del orificio del seno o por propagación de la infección al quiste dermoides. Si la supuración se mantiene en esta etapa, constituye la complicación habitual, muy conocida, de las llamadas fístulas coccígeas. Nunca son confundidas con las fístulas ano-rectales, por las delimitaciones topográficas existentes.

2º Período. — *Difusión de la infección a regiones vecinas.* En algunos casos la orientación del trayecto es lateral, dentro de los límites topográficos sacrococcígeos, sin invadir el periné. En la eventualidad que nos ocupa, en cambio, la propagación se hace hacia abajo, al periné, siempre a uno de los lados del rafe ano-coccígeo. En general no invade las formaciones esfinterianas. El trayecto se encuentra inmediatamente debajo de la piel del periné posterior, rara vez se extiende hasta el periné anterior. (Observación N° 2). Las irritaciones persistentes favorecen el deslizamiento cutáneo y los decolamientos subcutáneos, orientando los trayectos. En la mayor parte de nuestras observaciones se trataba de enfermos de campaña, que montaban a caballo.

3er. Período. — *Formación de un absceso para-anal.* La infección propagada al espacio celular para-anal encuentra un ambiente propicio para constituir un absceso, que se abre espontáneamente o se evacúa quirúrgicamente.

Si encontramos al enfermo en esta etapa, sin manifestaciones inflamatorias francas en región coccígea o se omite el examen sacrococcígeo, sobre todo al colocar al enfermo en posición operatoria de la talla o ginecológica, en nada se diferencia de un absceso para-anal, complicación de una criptitis anorectal, dado que en este período se difiere el examen endoscópico.

4º Período. — La secuela obligada del absceso para-anal, en estos casos, es la formación de la *fístula*, porque el trayecto anfractuoso y largo, formado desde la región coccígea al periano, será sostenido mientras persista el extremo original, congénito, del seno piloso o del quiste dermoides.

Tratamiento

El tratamiento de estas fístulas es exclusivamente quirúrgico. Los tratamientos incruentos, llamados médicos, fracasan en esta afección, como en todas las fístulas perianales. El enfermo de la observación N° 2 fué tratado durante largo tiempo con inyecciones

intrafístula de sulfamidados en solución, con lo cual sólo obtuvo una marcada esclerosis fistulosa.

En todos los enfermos hemos practicado la *fistulectomía amplia*, con exéresis de piel y tejido celular de región coccígea y para-anal, cortando en tejido sano y procurando no abrir las ramificaciones fistulosas.

Para el reconocimiento de trayecto y sus prolongaciones inyectamos previamente sustancias colorantes (azul de metileno y agua oxigenada), no obstante lo cual, los bordes de la incisión deben ser prolijamente inspeccionados, porque el colorante no siempre infiltra todos los fondos de saco. El aspecto patológico de los tejidos constituye una guía fiel para completar la exéresis y al cirujano avezado le permite prescindir de la inyección de colorantes.

Comenzamos la incisión por la región coccígea, extirpando las partes blandas hasta el plano esquelético y continuamos la incisión a los lados del trayecto, circundando por delante el orificio secundario, sin profundizarnos en el espacio para-anal, respetando el esfínter externo y su inervación.

Previa hemostasis cuidadosa, aplicamos sulfanilamida en polvo en la zona cruenta, colocando mecha simple o yodoformada. Nunca practicamos el cierre primario, ni secundario, con lo cual creemos ponernos a cubierto de las recidivas. La vigilancia post-operatoria de la herida la hacemos personalmente. Al 4º o 5º día purgamos al enfermo y retiramos por primera vez la mecha, curando después diariamente la herida, asegurando la formación de un tejido de granulación de buen aspecto.

La *anestesia* empleada en todas las observaciones personales ha sido anestesia general, por inhalación o con Penthotal sódico.

OBSERVACIONES CLINICAS

●BSERV. N° 1. — J. R., 26 años, urug. De Rivera. Ficha N° 2. (Servicio Prof. Stajano)

Ingresa en noviembre de 1935. En febrero de ese año, absceso para-anal incindido, drenando abundante pus. Persistió una fístula, operada en Rivera por fistulotomía sobre sonda acanalada, en dirección al canal anal. Como no curaba, se envía al Servicio. *Examen. Periné y región sacrococcígea.* En posición para-anal izquierda, absceso parcialmente abierto, que drena mal. Por afuera y atrás del mismo, en plena nalga, otro absceso insuficientemente abierto. Hay otros dos orificios perineales, más anteriores, cerrados

en el momento del examen. En región sacrococcígea, orificio fistuloso sobre una tumefacción inflamatoria, cuya expresión da pus. A la palpación, los planos superficiales de la región están acartonados, infiltrados y dolorosos, en plena evolución inflamatoria.

Primera intervención. (Nov. 9). Incisión amplia de los abscesos, evacuando abundante pus. **Segunda intervención** (Dic. 10). Cirujano: doctor Hamlet Suárez. Ayudante: Pte. Arana. Anestesia general con Evipán sódico. Se comprueba que la fístula perianal tiene un trayecto hacia el canal anal, siguiendo la cicatriz operatoria de la fistulotomía. Se inyecta azul de metileno por el orificio perianal y se comprueba la comunicación con el orificio sacrococcígeo. Por sugestión del Prof. Chifflet, se extirpan ampliamente los tejidos que rodean la región coccígea, el orificio de la nalga y el perianal, dejando para una intervención posterior el trayecto labrado hacia el ano.

En su evolución posterior, cicatriza, por segunda intención, la zona cruenta posterior, persistiendo la fístula orientada hacia el recto.

Segunda intervención (Mayo 23 de 1936). Dr. Hamlet Suárez, Pte. Arana. Anestesia con Evipán sódico. Instilación de azul de metileno en el trayecto. Se comprueba una comunicación con el recto, por pequeño orificio supraesfinteriano. Se hace fistulectomía y raspado con cureta. Punto de catgut sobre el orificio que da el recto. Mechado del resto con gasa yodoformada. **Post-operatorio.** En julio 11 de 1936, fué dado de alta con la herida a plano, cicatrizada.

OBSERV. N° 2. — Ficha N° 6045. (Servicio Prof. Stajano). C. M., 24 años. Soltero. De Pando.

Motivo de ingreso y enfermedad actual. — Ingresó con fístula perianal. Hace 3 meses nota una tumefacción en el periné, para-anal derecha, que le molesta sobre todo para andar a caballo. Un mes después consulta médico, que incide un absceso para-anal. A los 8 días se reabre un orificio, drenando un exudado sero-hemático. Tratado localmente con inyecciones de sulfanilamida, lográndose cerrar el orificio, que se reabrió posteriormente, por lo cual es enviado al servicio. **Examen.** Buen estado general, apirético. (Ver fotografía^o N 1).

Región sacrococcígea y perineal. — En el periné anterior, del lado derecho, a unos 5 cms. de la margen del ano y a un través de dedo del rafe mediano, se observa un orificio fistuloso, de bordes rojo-violáceo, sobre una pequeña eminencia papilar; espontáneamente sale por el orificio un líquido sero-hemático, aumentando con la expresión. El ano no presenta nada de particular. En la región coccígea, sobre la línea media, en plena depresión glabra, presenta dos senos, por donde no drena ninguna secreción; el seno más inferior está recubierto por una pequeña costra. **Palpación:** desde el orificio fistuloso para-anal es posible seguir un cordón indurado hasta la región coccígea, que alcanza el seno mediano inferior ya señalado; además, desde este punto hacia afuera, a la derecha, en sentido transversal se encuentra un segundo cordón subcutáneo, del grosor de un

alambre, duro, indoloro, de unos 5 cms. de longitud (Ver dibujo N° 2 .
Exploración: Con el estilete se exploran los bordes del orificio fistuloso perianal, comprobando que el borde superior del mismo es ligeramente **recolado**; introduciendo el estilete en el trayecto se comprueba que éste se dirige hacia arriba y adentro, a la región coccígea y levanta la piel en la línea media a nivel del seno inferior, siendo fácil romper en el estilete la pequeña costra que lo recubre, con lo cual se da salida al extremo del instrumento, conforme muestra la fotografía adjunta. Al palpar la región se comprueba que el estilete ha cateterizado el cordón ya citado en el mismo sentido. Examinando el orificio coccígeo, después de retirar la costra, se

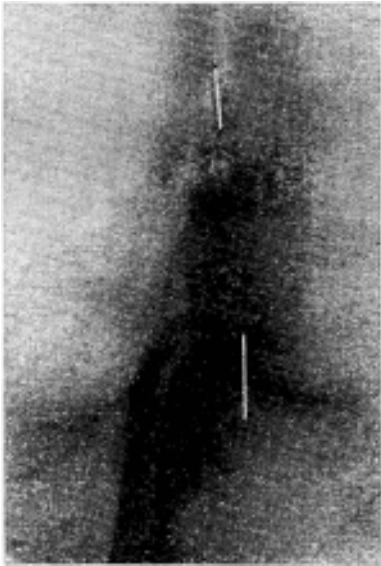


Fig. 1.



Fig. 2.

comprueba que sus bordes son epitelizados y el sentido de su trayecto es hacia abajo. Combinando la palpación con el tacto rectal, no se palpa relieve alguno del catéter en el canal anal. Intentando cateterizar desde el seno coccígeo el cordón indurado transversal, no es posible hacerlo. **Tacto rectal:** esfínter tónico, canal anal y ampolla rectal sin particularidades; órganos genitales internos sin particularidades. **Recto-anoscopia:** mucosa ano-rectal de aspecto normal; discretas varicosidades. Genitales externos sin particularidades. **Exámenes de laboratorio.** Orina y azoemia normales. R. de Wassermann negativa.

Intervención (Noviembre 14 de 1942). Cirujano: Dr. Suárez Meléndez. Ayudante: Pte. Saccone. Anestesia general, éter y CO₂. Se inyecta azul de metileno por el orificio fistuloso para-anal. Se introduce una sonda aca-

nalada por el mismo orificio, apareciendo el extremo del instrumento por el orificio coccígeo. Sobre la sonda acanalada se abre el trayecto, comprobándose que se trata de un proceso bien organizado, que tiene otra prolongación hacia el periné anterior, de 3 cms.; desde la región coccígea el trayecto fistuloso se continúa hacia la derecha, transversalmente, por un cordón fibroso, no permeable al estilete, de 5 cms. de longitud. Se reseca piel y tejido celular subcutáneo circunscribiendo los orificios y trayectos señalados, extendiendo la exéresis en región coccígea hasta el plano esquelético. El trazado de la incisión está indicado en el dibujo N° 2. Sulfanilamida y 4 mechas simples de a metro relleno la zona cruenta, que no se sutura.

Post-operatorio. — **1er. día.** Curación seca, sin dolores en la herida. Micción normal. Buen estado general. **5º día.** No se ha tocado la curación. Purgante. **7º día.** Evacuación intestinal. Se retiran las mechas. Fetidez de la herida, pero buen tejido de granulación. Se colocan nuevas mechas. Se levanta. **10º día.** Pasa a domicilio en Pando, donde será vigilado por su médico, pero deberá reingresar para observar evolución. **Junio 23 de 1913.** (7º mes). Presenta una larga cicatriz extendida desde el periné anterior hasta el coxis. No acusa ninguna molestia, no hay alteración esfinteriana, ni rezumamiento perineal. Se fotografía la región.

Examen anatómico patológico de la pieza operatoria (Dr. Scandroglío) "Trayecto fistuloso a pared formada por un proceso infiltrativo, monocitario y plasmocelular con focos de necrosis y hemorragia. No hay lesiones de especificidad".

OBSERV. N° 3. — Ficha N° 6741. Servicio Prof. Stajano. A. M. G., 39 años Brasileño Casado. Proveniente de Rivera (Capón Alto).

Enviado por el Dr. Migliaro, de Rivera, por fístula perianal. Hace 2 años absceso para-anal izquierdo se abrió espontáneamente, drenando pus y aliviándose. Posteriormente persistió un rezumamiento pertinaz. Ha tenido alternativas de regresión del rezumamiento, pero aparecieron después otros abscesos, que tuvieron una evolución similar al anterior. **Antecedentes.** Blenorragia a los 20 años. Chancro con bubón supurado e incindido a los 21 años.

Examen clínico. Región sacrococcígea y perianal (ver fotografía 3). Circundando el ano se observan 3 orificios fistulosos, con mamelones carnosos; estos tres orificios tienen la siguiente posición: el primero, a 2 cms. de la línea ano-cutánea, a las 9; un segundo orificio se encuentra a 1 ½ centímetros por fuera del primero y un poco hacia abajo; y el 3er. orificio está localizado a 3 cms. hacia afuera del primero, en dirección a las 11. La piel que circunda estos orificios es ligeramente violácea. Sobre la línea media de la región sacrococcígea, a 2 cms. por debajo del coxis, se observa un orificio de seno piloso, de bordes bien epitelizados, que tiene una dirección evidentemente hacia el ano. **Palpación y exploración.** La región perianal no está empastada ni es dolorosa a la compresión. Introduciendo un estilete por el orificio perianal N° 1 se comprueba que no es posible en-

contrar un trayecto hacia el canal anal; en cambio se encuentra un decolamiento cutáneo hacia afuera y atrás, logrando hacer salir el estilete por los otros dos orificios perianales; asimismo, se encuentra una franca comunicación entre este orificio N° 1 y el seno piloso coccígeo. Cateterizando el seno piloso, se encuentra un trayecto hacia abajo y afuera, que conduce al orificio perianal N° 1. Inyectando azul de metileno con agua oxigenada por el orificio coccígeo el colorante sale por los tres orificios perianales. **Tacto rectal.** Esfínter tónico. Canal anal y ampolla rectal sin particularidades. **Recto-anoscopia.** En la ampolla rectal, mucosa de aspecto normal. En

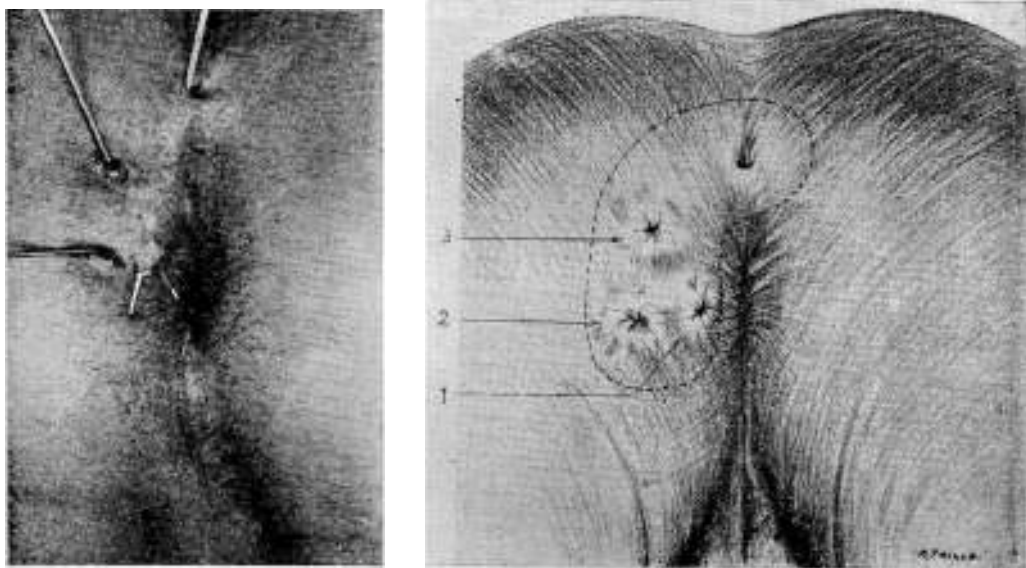


Fig. 4.

la línea pectínea se encuentra una papila ligeramente aumentada de tamaño, pálida, sin caracteres inflamatorios, situada del lado izquierdo. No se observan dilataciones hemorroidarias. Cuando se inyecta azul de metileno por los orificios perianales, no se observa la salida del colorante en el canal anal. **Exámenes de laboratorio.** Orina normal. Urea en suero: 0 gr. 20. R. de Wassermann negativa. Cutirreacción a la tuberculina positiva, una cruz. Reacción de Frei positiva.

Intervención (Julio 27 de 1943). Fistulectomía. Cirujano: Dr. Suárez Meléndez. Ayudante: Pte. López Lomba. Anestesia general, éter y CO₂. Posición decúbito ventral. Inyección previa de azul de metileno con agua oxigenada, por el orificio coccígeo, hasta salir por los tres orificios perianales. Incisión circundando ampliamente los 4 orificios fistulosos (ver dibujo 4), se extirpa un amplio segmento de piel, iniciando la exéresis por la región coccígea, donde se alcanza el plano esquelético, se prosigue hacia adelante

superficializando la incisión de tejido celular y respetando el esfínter anal. Hemostasis. Mecha yodoformada rellenando la zona amplia de exéresis. Vendaje. (Ver fotografía de las piezas N° 5).

Post-operatorio. — 1er. día: apósito seco, bien ajustado. Orina espontáneamente. Al 5° día, purgante y enema; se cambia la curación, comprobando que la herida presenta un tejido de granulación de buen aspecto,

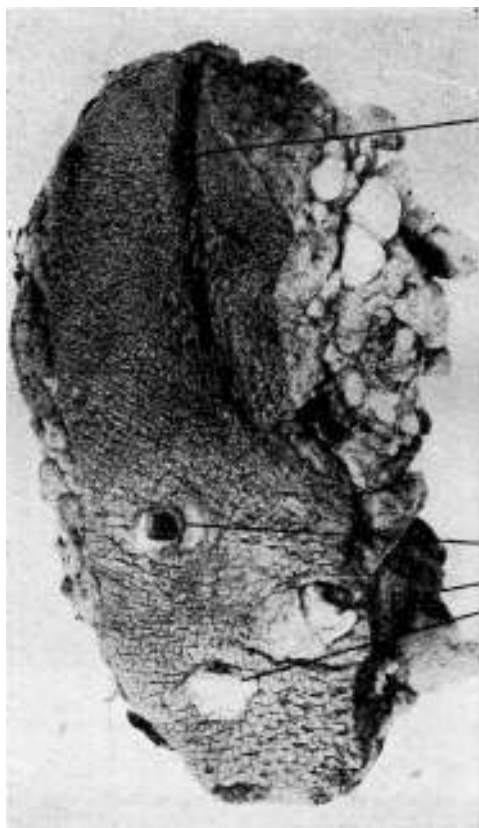


Fig. 5.

que sangra poco. Se renuevan las curaciones cada día, al evacuar el intestino, aplicando nuevas mechas. A los 23 días, la herida tiene buen aspecto, con tejido de granulación que está casi a plano con la piel y tiene tendencia evidente a la retracción de los bordes. El enfermo solicita el alta para asistirse en Rivera con el Dr. Migliaro, de quien esperamos informes sobre la evolución.

En conversación que hemos tenido hace unos meses en Rivera con el Dr. Migliaro, nos enteramos que el enfermo curó de su achaque perineal y

tres años después no había vuelto a consultar. No nos fué posible, por tal motivo, obtener fotografía del estado actual.

OBSERVACION N° 4. — Ficha N° 9573. F. R. V., 32 años, uruguayo.

Motivo de ingreso y enfermedad actual. — Ingresa en junio 3 de 1946 por fístula perianal. Hace 8 años operado de fístula coccígea. Hace 8 meses, absceso para-anal izquierdo abierto espontáneamente; desde entonces, fistulización, con rezumamiento sero-purulento. Es enviado de policlínica quirúrgica con diagnóstico de fístula peri-anal "ciega externa".

Antecedentes: s/p.

Examen. Periné y región sacrococcígea (ver Fig. 6). — Orificio fis-



Fig. 6.

tuloso perianal izquierdo, a las 11, a 2 cms. de línea ano-cutánea, con brote carnoso, bordes ligeramente decolados. En región coccígea, cicatriz operatoria de 3 cms. de longitud, por 1 ½ cm. En el extremo inferior de la cicatriz presenta el orificio de un seno piloso, con bordes bien epitelizados, sin rezumamiento. Exploración con estilete: el seno piloso tiene un corto trayecto de 1 cm. dirigido hacia abajo, sin comunicar, en esta maniobra, con el orificio perianal; en el orificio perianal el estilete comprueba un decolamiento de una zona de unos 2 cms. de radio, que más bien se prolonga hacia el esfínter anal, no siendo posible establecer comunicación con el

canal anal ni con el seno piloso. Tacto rectal: esfínter tónico, canal anal y ampolla rectal s/p. Próstata ligeramente aumentada, pero de conformación y sensibilidad normal. Recto-anoscopia: en la línea pectínea se observa, a la derecha, una papila un poco mayor que las otras, pálida; ligera dilatación hemorroidal en corona angiomatosa difusa. Ampolla rectal s/p. Inyección de colorante: por el orificio perianal se inyecta azul de metileno con agua oxigenada, 3 c.c. y se comprueba la inmediata aparición por el seno piloso (fig. 7); se procede nuevamente a la anoscopia y no se observa la aparición de colorante en el recto.

Intervención (junio 12 de 1946). — Cirujano: Dr. Suárez Meléndez. Ayudantes: Pte. Pacheco y Baddouch. Anestesia general con ciclopropano (Pte. C. Nin). Inyección de azul de metileno y agua oxigenada por el orificio perianal. Incisión circundando el seno piloso coccígeo y prolongada



Fig. 7. .

hacia el periné posterior, del lado izquierdo, alrededor del orificio secundario perianal. Se extirpa piel y tejido celular de región coccígea hasta el plano esquelético y en región para-anal se respeta el esfínter y su inervación. Al terminar la exéresis se observa un punto impregnado de azul, que se extirpa; el resto de los bordes de la incisión tiene aspecto normal. Hemostasis cuidadosa. Sulfanilamida en polvo en la zona cruenta. Mecha simple rellenando la herida.

Post-operatorio. — Inmediato, muy bueno. No ha sangrado, buen estado general. Al 5º día, deposición espontánea normal, se cambia la mecha y se levanta. Al 7º día pasa a policlínica, donde seguimos su evolución. El 25 de junio, tiene herida limpia, de buen aspecto aunque aparece coloración verdosa de la mecha por el piocianico, por lo cual iniciamos toques con solución de nitrato de plata al 1 %.

OBSERVACION N° 5. — F. G., 28 años. Urug. de Aiguá. Ficha N° 6181.

Motivo de ingreso y enfermedad actual — Desde hace mucho tiempo, acusa dolor en región coccígea, apareciendo posteriormente un rezumamiento a la izquierda del ano, que persiste durante unos meses.

Antecedentes: sin importancia.

Examen clínico. Estado general excelente. Apirético.

Periné y región sacrococcígea: En periné posterior, en posición para-anal izquierda, a las 9, se observa un orificio fistuloso, distante 3 centímetros de la línea ano-cutánea, que asienta sobre un brote carnoso muy congestivo y da pus por la expresión. Cateterizado el trayecto con un estilete, se comprueba que se prolonga hacia la línea media del coxis, en trayectoria subcutánea, siendo posible hacer salir la extremidad del estilete por el seno piloso coccígeo. Buscando con el estilete una prolongación hasta el recto se comprueba que hay una pequeña prolongación que no llega al esfínter. Inyectando azul de metileno con agua oxigenada por el orificio perianal se le ve salir por el seno coccígeo. **Tacto rectal:** esfínter y ampolla rectal sin particularidades; genitales interno sin particularidades. **Recto-anoscopia:** no se observa ninguna anomalía. **Reacción de Wassermann:** negativa. Azoemia 0gr.25. Orina normal.

Intervención (diciembre 19 de 1942). — Fistulectomía. Cirujano: Dr. Suárez Meléndez. Ayudantes: Ptes. Saccone y Mezzer. Anestesia general: éter y CO². Se inyecta por el orificio perianal unos 5 c.c. de azul de metileno con agua oxigenada. Incisión romboidal sobre la región coccígea, seccionando piel y tejido celular hasta el plano esquelético; se prolonga la incisión en el periné posterior, circundando el trayecto para-anal izquierdo y resecaando todo el tejido celular infiltrado por azul de metileno. Hemostasis cuidadosa. Pulverización de la zona cruenta con sulfanilamida. Mecha yodoformada rellena la brecha, que no se sutura. Explorada la pieza operatoria se comprueba que en el interior del trayecto fistuloso hay un vello de unos 6 cms. de largo.

Post-operatorio. — **1er. día:** Ha pasado bien, calmado con morfina. **3er. día:** Apirético, buen estado general. La herida no ha sangrado. **7º día:** Apirético. Se retira la mecha. La herida con buen tejido de granulación. Nueva mecha. Se levanta. Ha evacuado el intestino con purgante. **9º día:** La herida está granulando muy bien. Pasa a asistirse en su domicilio en Aiguá.

Este enfermo ha curado sin secuelas, según información del médico tratante con quien el Servicio mantiene permanentes relaciones.

OBSERVACION N° 6. — M. S. 24 años. Soltero. Ficha N° 1066.

Ingresa el 25 de abril de 1938, por fistula perianal. Hace 8 años notó un nodulito junto al ano, que tiempo después se abrió drenando pus. Periódicamente se cerraba y abría. **Al examen:** Periné y región sacrococcígea. Orificio pequeño en la margen del ano, sobre una eminencia pequeña de color rojo-violáceo. A la expresión inmediata da pus. En la región sacro-

coccígea se observa un seno piloso que no da pus a la expresión. Entre los dos orificios se palpa un cordón indurado. Se diagnostica fistula paracoccígea abierta en la margen del ano secundariamente.

Intervención (28 abril). — Cirujano: Dr. Chifflet. Ayudante: Dr. Suiffet. Anestesia local con novocaína. Incisión circundando ambos orificios, que permite extirpar en una sola pieza, piel y tejido celular, con los dos orificios y el trayecto. Se exploran los bordes de la herida y no se observan nuevos orificios. Mechado con gasa simple.

Post-operatorio: Ha cicatrizado muy bien, por granulación.

Examen anatómo-patológico de la pieza operatoria: (Dr. Scandroglío). Muestra tres aspectos distintos del proceso fistuloso: 1) Un trayecto más largo, a pared lisa, blanquecina de aspecto fibroso, que corresponde a la porción superior del mismo o sea a la porción congénita. 2) Otro trayecto más corto, más anfractuoso, con un contenido sucio y pelos, con menos



Fig. 8.

reacción fibrosa que el anterior y que se abre en la piel, correspondiendo a la porción adquirida de la fistula. 3) Un absceso interpuesto entre ambos, a pared anfractuosa, lleno de pus y restos de pelos y tejidos necrosados. (Ver fotografía N° 8).

OBSERVACION N° 7. — J. M. F. 45 años. Urug. Cas. De Florida.

Motivo de ingreso y enfermedad actual: Hace mes y medio, absceso perianal, incindido en policlínica y drenado Después no concurrió más a la policlínica. Siguió con rezumamiento perineal durante este lapso.

Antecedentes personales: Hace 20 años tuvo un absceso de región sacra, que se abrió espontáneamente y supuró por espacio de 7 años. Al fin fué intervenido y curó. Hace 3 años tuvo otro absceso, abierto espontáneamente y curado al cabo de un mes.

Examen: Buen estado general apirético.

Región sacrococcígea y periné: Gran cicatriz en región sacra a la derecha de la línea media, de su primera intervención. Otra pequeña cicatriz perineal, a las 6. A nivel del coxis hay un orificio fistuloso, a bordes epitelizados con el aspecto de las fistulas sacrococcígeas. Más abajo, perianal, a las 12, un orificio fistuloso, a bordes sin epitelizar, de aspecto inflamatorio, por donde sale líquido purulento en pequeña cantidad. Exploración con el estilete: introducido en el orificio coccígeo se explora un trayecto que tiene una dirección hacia el orificio perianal, siendo posible introducirlo hasta un centímetro. Introducido el estilete en el orificio yuxta-anal se comprueba un decolamiento hacia el ano, infraesfinteriano. Inyectando azul de metileno se comprueba una amplia comunicación entre ambos orificios.

Exámenes de laboratorio: R. de Wassermann negativa. Orina y azoemia normales.

Intervención (agosto 13 de 1936). — Cirujano: Pte. Arana. Ayudante: Pte. Causi. Anestesia local con novocaína $\frac{1}{2}$ %. Resección de los trayectos fistulosos hasta el plano del coxis. La fistula perianal se abre en todo su trayecto. Mechado con gasa yodoformada. **Post-operatorio:** Agosto 19. Mecha casi seca. Se pone nueva mecha yodoformada y pasa a policlínica.

Dr. Prat. — Creo que ha hecho bien el Dr. Suárez Meléndez en destacar la posibilidad de error diagnóstico de la fistula coccígea, de esa fistula que el Profesor Lamas denominaba "fistula dermoidea intraglútea", diferenciándola de las fistulas perianales, porque a veces se confunden. Precisamente este distinguido profesor y maestro, fué el que influyó más para que se conocieran bien estas fistulas en nuestro país y desde entonces el diagnóstico se hace relativamente fácil. En la comunicación de hoy, se ha considerado la etiología sintomatología y diagnóstico; en lo que respecta al tratamiento, como se ve hay que realizar un tratamiento con una exéresis amplia y completa. El comunicante no ha tocado un tema que podría tener interés y que se refiere precisamente, si en esta terapéutica conviene hacer el cierre inmediato o efectuar el taponamiento y obtener la cura por cicatrización secundaria.

En mi práctica siempre o casi siempre, he hecho el tratamiento de extirpación amplia de la fistula y cicatrización por 2ª intención. Parece ser que las necesidades de la guerra que requiere la máxima cantidad de soldados en el tiempo más breve ha hecho que se hiciera el tratamiento por el cierre inmediato lo que abrevia mucho la cicatrización y cura de estas lesiones, que son al parecer muy frecuentes en el ejército y que se tiene entonces gran interés en recuperar rápidamente a estos pacientes, puesto que representaba una cantidad notable de combatientes que podrían retornar mucho más rápidamente al frente de batalla.

Dr. Suárez. — Yo agradezco la intervención del Sr. Presidente y quiero

destacar que en el Servicio del Dr. Stajano, el tratamiento que se hace siempre a todas las fistulas llamadas coccígeas, es la exéresis y la cicatrización por segunda intención. Las veces que se ha practicado el cierre primario, por motivos diversos, no se ha tenido el éxito que se esperaba. Hemos seguido siempre esa conducta del cierre secundario. Si bien el cierre primario podría ajustarse a las llamadas fistulas coccígeas, que se localizan bien en la región sacrococcígea, en este caso especial no se prestaría tan fácilmente a un cierre primario porque las heridas son demasiado amplias, muy a menudo irregulares y la adaptación de los bordes no se prestaría tan fácilmente como en esa incisión losángica cuando se hace la extirpación de la fistula coccígea. Por eso, y porque muy a menudo hay prolongaciones que podrían haberse escapado en el curso de la operación, hemos adoptado el cierre secundario, que creemos, como digo en la comunicación, nos pone a cubierto de las recidivas. Por lo menos, estos enfermos que hemos presentado, nos han dado la pauta de que la curación se opera en esa forma, aunque la evolución es más larga, pero se tiene la curación segura de un achaque que a veces es de muchos años.
