

LA OPERACION DE PICKRELL EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INCONTINENCIA ANAL

Dr. MANUEL ALBO VOLONTE

I) INTRODUCCION

La incontinencia anal constituye siempre un problema serio para el paciente y para el médico que debe resolverlo. Si bien existen grados de gravedad creciente, cada caso en particular pone a prueba la experiencia y criterio del cirujano actuante.

II) MECANISMO DE LA CONTINENCIA ANAL

Según Aron y Thouvenot (2), depende de dos factores: a) la "*función reservorio*" del colon que ofrece materias de consistencia adecuada al recto, con el que mantiene además un sinergismo funcional; b) la *acción del aparato esfinteriano* rectal. A este último respecto, la acción esfinteriana es en parte refleja, comandada desde la médula sacra (S_1 , S_2), mecanismo reforzado y controlado por el sistema nervioso superior.

La ubicación de los receptores nerviosos es en altura desde la margen anal hasta una distancia mínima de 6 cm. (12) y en espesor, la mayoría son presorreceptores de la capa muscular aunque se señalan además receptores de contacto en la mucosa y en la piel de la margen anal.

III) ETIOPATOGENIA

De acuerdo con lo anterior, las causas de la incontinencia pueden actuar por:

a) *Pérdida de la función esfinteriana*

1) A nivel de los centros nerviosos superiores (alteraciones de la conciencia, etc.)

2) A nivel de los segmentos medulares correspondientes o de los elementos nerviosos aferentes o eferentes a ellos (paraplejías, traumáticas o no, síndromes de la cola de caballo, etc.).

3) A nivel del propio esfínter los traumatismos verdaderos o accidentales, los obstétricos y los quirúrgicos; la atonía del viejo, etc.

4) Combinación de 2) y 3) en los grandes traumatismos.

b) *Pérdida de la función reservorio*

1) Enfermedades médicas que producen, entre otros síntomas, diarrea incoercible (colitis ulcerosa crónica, etc.).

2) Resultado de la cirugía de exéresis, sea del tipo de la colectomía total con anastomosis ileorrectal o de las resecciones tipo abdominotransanales con o sin extirpación de la mucosa del canal anal. Parece bien demostrado (5, 12) que un muñón rectal de menos de 6 cm. lleva a la incontinencia anal.

A modo de síntesis, se destaca el hecho lamentable citado por Blaisdell (3), de que el 51% de las incontinencias anales son secundarias a fistulectomías.

IV) TRATAMIENTO

Sólo nos ocuparemos del tratamiento quirúrgico, sin desconocer la importancia del tratamiento médico.

a) *Selección de los casos quirúrgicos*

Sólo son tributarios de la cirugía los casos en que existe pérdida de la función esfinteriana. Por el contrario, la cirugía es inefectiva y está contraindicada en los casos de pérdida de la función reservorio.

b) *Oportunidad*

1) Se debe intervenir *en ausencia de infección*, vale decir, que toda fístula o supuración son contraindicaciones formales.

2) De preferencia, el tratamiento médico preoperatorio debe proporcionar un funcionamiento intestinal regular.

3) *La esclerosis* dificulta la acción quirúrgica y, en los casos de traumatismos perineales, puede llegar a ser muy severa. Lo importante es aguardar a que el tejido de cicatrización haya agotado su poder biológico de retracción, es decir, la etapa de *cicatriz consolidada*.

c) Técnicas quirúrgicas

Como lo sostuvimos en un trabajo anterior (1), la multiplicidad de técnicas propuestas evidencian que el objetivo de la reparación no siempre se alcanza en el grado deseado. En diversas técnicas tienden, sea a la *reparación directa* del aparato esfinteriano, sea a su *sustitución* utilizando los materiales más diversos.

d) Indicaciones

Es evidente que los métodos de reparación directa con o sin colostomía contemporánea, son los únicos capaces de obtener "restitutio ad integrum" de la continencia anal. Pero existe un grupo de enfermos en el que estos métodos no son aplicables: 1) En unos, por tratarse de un problema de orden neurológico. Loygue y Dubois (6) estudian los sectores sensitivo y motor, y operan solamente los síndromes disociados. Pickrell (9) opera con o sin trastornos sensitivos. 2) En otros, porque el aparato esfinteriano presenta lesiones de tal magnitud que imposibilitan su reparación. A esta situación se llega, a veces, luego de múltiples intentos de reparación directa; otras veces, a consecuencia de traumatismos extensos de la región, de los cuales tenemos un caso.

En estos enfermos, la sustitución y/o refuerzo del aparato esfinteriano se ha intentado mediante un sinnúmero de técnicas que implican la utilización de elementos alógenos (alambre de Thiersch, etc.), bandas aponeuróticas, colgajos musculares, etc.

V) EL METODO DE RICHARD-PICKRELL

Nos ocuparemos exclusivamente de la técnica esbozada en 1936 por Richard (10) y luego puesta a punto y utilizada en gran escala por Pickrell (9). Esta técnica de Richard-Pickrell se ha ido abriendo camino, no sólo en los países sajones, sino también en Francia (6) y Latinoamérica (4). Se basa en la utilización del recto interno del muslo, que, arrollado alrededor del ano, se reinserta en el isquion opuesto.

1) Ventajas

—Es sencilla.

—Utiliza un músculo de longitud adecuada, de fácil abordaje, cuya inervación cercana al extremo superior permite su movilización conservando intacto su poder contráctil.

—El espesor del músculo permite además, en los casos en que ello es necesario, la creación de un nuevo canal anal.

2) *Inconvenientes*

—El de todas las plastias; vale decir, que ningún músculo estriado es capaz de aportar la compleja gama de funciones que desarrolla el aparato esfinteriano.

—El de que exige una readaptación o reeducación, a veces prolongada. Por esta razón el procedimiento debe ser utilizado de preferencia en sujetos jóvenes, de capacidad intelectual normal.

3) *Técnica*

Consiste en: a) liberación del músculo del lado derecho mediante tres incisiones longitudinales sobre el trayecto del mismo, una en el tercio superior del muslo, otra un poco por encima de la rodilla y la tercera a nivel de la pata de ganso, (fig. 1); b) desinserción de la tibia, llevándose al máximo la inserción perióstica; c) incisiones radiales anales anterior y posterior de 2 a 3 cm. de largo (fig. 2); d) transporte del elemento muscular al periné posterior, mediante túnel labrado en el espacio subcutáneo entre la incisión radial anterior y la incisión superior del muslo; e) valiéndose de las incisiones radiales se rodea al ano con el músculo en el sentido de las agujas del reloj (fig. 3); f) previo control de la tensión que ejerce el músculo (el dedo debe penetrar con dificultad al canal anal), se cierra el anillo muscular a nivel de la incisión radial anterior, mediante un punto que toma al músculo en sentido laterolateral; g) implantación del tendón terminal en el isquion izquierdo, anclándolo al periostio con puntos de material no reabsorbible; h) cierre de las heridas.

4) *Resultados*

Richard (11), Mear (7), Petit-Dutaillis (8), Fernández y Petrozzi (4), proclaman buenos resultados. Pickrell (9), en su último trabajo presenta 50 casos en niños y 40 en adultos, y relata también haber obtenido resultados excelentes. Gabriel (5), ubicado en la posición radicalmente opuesta, le resta todo valor al método y dice que cualquier beneficio obtenido se debería a la fibrosis que se produce alrededor del ano y canal anal. Loygue y Dubois (6) presentan 9 casos y dicen haber obtenido resultado excelente en uno, "mediocre" en siete (control de materias sólidas con control imperfecto de materias líquidas) y malo en uno.

Nosotros tenemos conocimiento de tres casos tratados con esta técnica. *El primero*, ya publicado anteriormente (1) (obs.

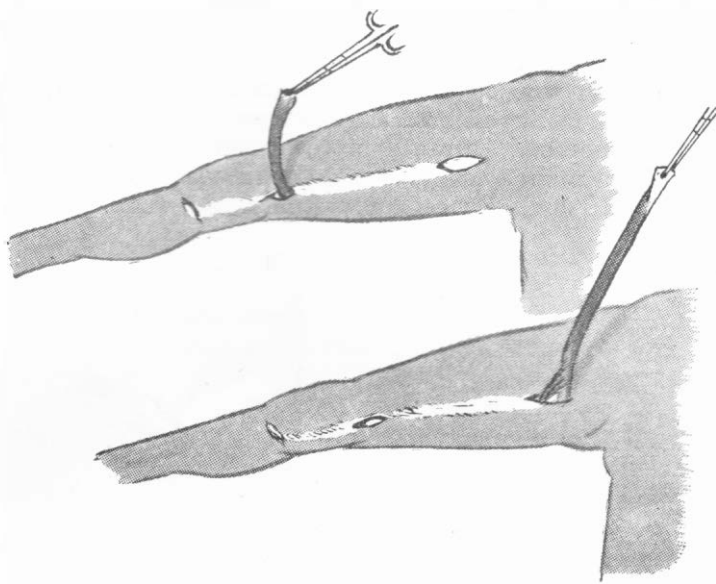


Fig. 1.

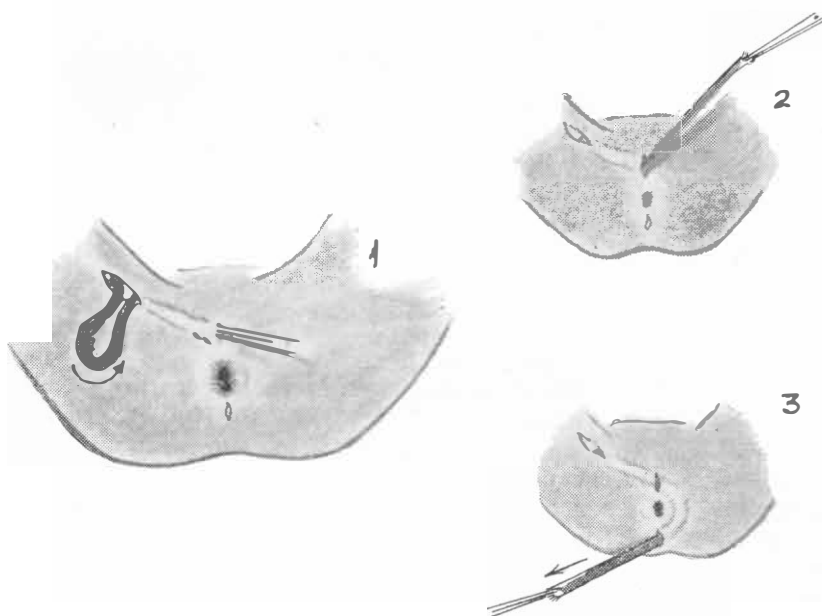


Fig. 2.

Prof. H. Ardao): mujer de 37 años, incontinencia anal completa de etiología poco clara; el resultado fue excelente si bien el control alejado no fue muy prolongado. *El segundo* (obs. Prof. H. Ardao en la que colaboramos personalmente): mujer de 15 años con secuela de traumatismo extenso de periné posterior y hemipelvis derecha. Durante el tratamiento de emergencia se le practicó colostomía transversa derecha. Vista un año después, ante una gran brecha perineal, intensa esclerosis y recto am-

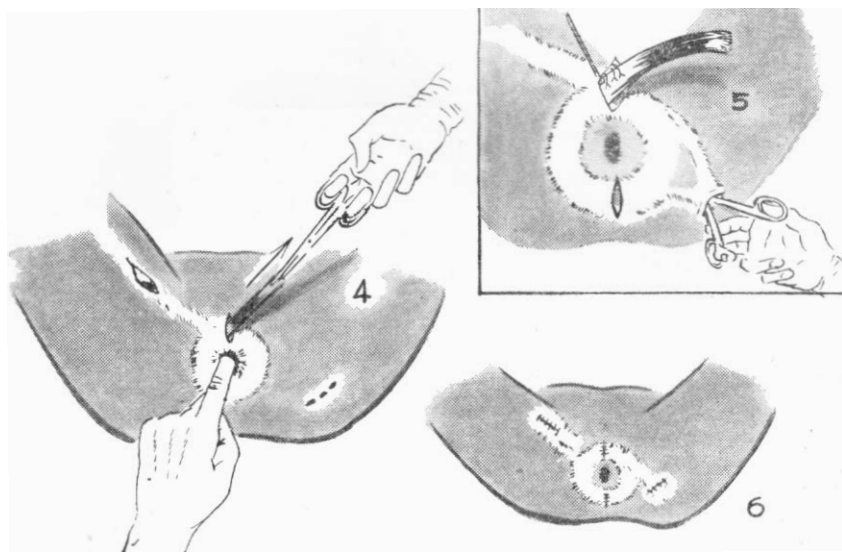


Fig. 3.

pular aflorando con mucosa evertida, se efectuó en primera instancia reparación plástica del periné posterior con ascenso de la ampolla rectal. En segunda instancia se le practicó la operación de Pickrell, utilizándose el recto interno izquierdo, ya que el derecho se presentaba muy hipotrófico. En el momento actual se está comenzando con los ejercicios de readaptación, que si permiten obtener buena continencia, darán lugar al cierre de la colostomía. El tacto rectal revela cierto grado de tonismo en el canal anal al efectuar la aducción del muslo. *El tercero* (obs. Dr. A. Valls): enferma de 58 años con incontinencia (5) anal por desgarró obstétrico y subsiguiente destrucción del aparato esfinteriano tras varios intentos de reparación directa. Este caso

es también demasiado reciente para abrir juicio sobre resultado definitivo. aunque en primera instancia se ha logrado un canal anal tónico.

En resumen: Sin pretender terciar en la polémica, creemos estar en presencia de una técnica que, *bien indicada*, puede solucionar en forma decorosa para paciente y cirujano, el problema de la incontinencia anal en sus formas más graves.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBO, M.—El recto interno del muslo en la reparación de la incontinencia anal. "Rev. de Cir Plástica del Urug.", año V, N° 3. set. 1964.
2. ARON, E. et THOUVENOT, J. Physiologie de la continence anale. "Arch. Mal. App. Dig.", 51: 17-35; 1962.
3. BLAISDELL, P. C.—Repair of the incontinent sphincter ani". "S. G. O.", 70: 692; 1940.
4. FERNANDEZ, J. L. y PETROZZI, L. A. "Bol. y Trab. de la Soc. de Cir. de Bs. As.", 47: 687; 1963.
5. GABRIEL, W. B. "The principles and practice of rectal Surgery", 5ª ed. H. K. Lewis Co. Ltd., London, 1963.
6. LOYGUE, J. et DUBOIS, F. Le traitement chirurgical de l'incontinence anale. "Arch. Mal. App. Dig.", 51: 65-83; 1962.
7. MEAR et col.—Cure de l'incontinence avec plastic du droit interne. "Press. Med.", 66: 1278; 1958.
8. PETIT-DUTAILLIS; PATEL, J. et CORNIER, S.—La cure par myoplastics de l'incontinence anale. "Mem. de l'Acad. de Chir.", 80: 309; 1954.
9. PICKRELL, K. L.; GEORGIADIS, N.; RICHARD, E. F. and MORRIS, F.—Gracilis muscle transplant for the correction of neurogenic rectal incontinence. "S. C. N. A.", 39: 1405; 1959.
10. RICHARD, A.—Etablissement d'un sphincter anal continent par myoplastie pediculée et innervée. "Mem. de l'Acad. de Chir.", 62: 8; 1936.
11. RICHARD, A.; RENE, L. et REIGNIER, J. Cl.—Reconstitution du sphincter anal au moyen du droit interne. "Mem. de l'Acad. de Chir.", 75: 23; 1958.
12. VIGONI.—Les troubles de la continence d'origine traumatique. "Arch. Mal. App. Dig.", 51: 58-64; 1962.