

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA SUPURACION PERIANAL. UNA EXPERIENCIA PERSONAL, PRIVADA, DE DIEZ AÑOS

Dr. Pedro Morgado Nieves \*

Dra. Yvonne Bayeh N. \*\*

Dr. Evelio Corzo \*\*

Los exponentes más importantes de la supuración perianal son el absceso y la fístula perianales, representando una fuente de constante preocupación para los pacientes y un motivo de dolor de cabeza para muchos cirujanos.

El origen criptoglacular de la infección perianal ha sido claramente establecido desde hace algún tiempo (2,3,11 y 12) aceptándose que la fístula perianal se origina de un absceso drenado espontáneamente o por la mano de un cirujano. En cualquiera de los dos casos, se establece una comunicación entre la mucosa de la zona de transición del conducto anal, a nivel de las criptas de Morgagni, y la piel perianal, ya sea próxima al orificio anal o alejado de él.

El absceso perianal puede estar situado entre los esfínteres, en la fosa isquiorectal o en el espacio pelvirectal superior, representando los más comunes tipos de absceso. Por supuesto, su extensión es imprevisible, pudiendo llegar a cualquier sitio perirectal, perianal o perineal. Su origen empieza en las criptas de Morgagni, extendiéndose a las glándulas anales, que se inflaman, supuran y tienden a extenderse por los planos naturales existentes en la anatomía perianal. El sitio más común de apertura es la piel perianal, donde terminan después de extenderse caprichosamente (8,10,13,15).

Básicamente las fístulas tienen tres patrones principales: a) entre los esfínteres; b) a través de los esfínteres, y c) por fuera de los esfínteres. Esta simple clasificación fue propuesta (2,3) tomando en cuenta su trayecto, comprendido entre el orificio superficial, situado en la piel perianal, y su orificio interno, ubicado en una cripta de Morgagni o, excepcionalmente, en otro sitio del recto.

Las fístulas interesfinterianas son las más frecuentes, siguiéndole en frecuencia las transefinterianas y luego las excepcionalmente raras fístulas ex-

\* Consultante en Enfermedades de Ano, Recto y Colon, Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Profesor Asociado de Anatomía, Universidad Central de Venezuela.

\*\* Residente del Curso de Postgrado de Cirugía, Hospital Miguel Pérez Carreño, Caracas.

tresfinterianas. Las transesfinterianas pueden tener un trayecto superior que engloba una parte considerable de masa esfinteriana, recibiendo el nombre de fístulas transesfinterianas altas.

Desde el punto de vista bacteriológico, los gérmenes más comunes en la producción de la infección perianal son los gérmenes anaerobios, los estafilococos, los estreptococos y la *E. coli* (9).

Siendo criptoglandular en su origen, la infección perianal tiene importantes excepciones en este sentido. Así los abscesos del espacio pelvirectal superior obedecen a una enfermedad específica de la cual son una complicación: enfermedad de Crohn, enfermedad diverticular aguda del sigmoides, apandicitis aguda, procesos inflamatorios supurados de la pelvis femenina, granulomas parasitarios, cáncer del recto, etc., De esta forma, las fístulas originadas por tales abscesos son igualmente raras y deben ser tratadas, inicialmente, como parte del proceso general de la enfermedad originante. Ellas son, lógicamente, extraesfinterianas y plantean una solución terapéutica distinta al resto de las fístulas comunes.

Un concepto relativamente moderno es el de la fistulotomía anal primaria (7), que consiste en tratar el absceso perianal de manera radical haciendo la profilaxia de la fístula, que aparecería si nos limitáramos solamente a hacer su incisión y drenaje. En esta forma, se disminuye de manera importante el período de incapacidad del paciente y se le proporciona un método eficaz de terapia

En una práctica privada dedicada exclusivamente al tratamiento de las enfermedades del ano, recto y colon, la incidencia de la supuración perianal ha sido importante. Es por ello que nos animamos a mostrar a Uds., nuestros problemas, obtenidos del trabajo uniformemente realizado en un importante grupo de pacientes.

## **MATERIAL Y METODOS**

Hemos revisado 2.090 historias de nuestra consulta privada, que representa nuestro trabajo en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, entre Agosto de 1970 y Agosto de 1980. Hemos hecho un protocolo de trabajo que incluye edad, sexo, historia de la supuración, antecedentes importantes, intervenciones previas, tratamiento quirúrgico hecho por nosotros, complicaciones y evolución. Toda la información proviene de enfermos tratados de manera similar, con los mismos criterios y con instrumental especialmente diseñado por Mr. Henry Lockhardt Mummery, cirujano del Hospital St. Mark's, de Londres, para el tratamiento de la fístula perianal. Como separadores anales hemos utilizado el separador de Parks con y sin autoiluminación, así como el separador de Hill-Ferguson, con y sin iluminación.

## **INCIDENCIA:**

La muestra a analizar está representada por 137 pacientes, que representan un 7 por ciento de nuestro trabajo privado. De estos pacientes, 130 fueron intervenidos por nosotros en el Centro Médico y el resto o fue intervenido por otros especialistas privados de Caracas o referidos para tratamiento al Servicio de Cirugía No. 4 del Hospital "Miguel Pérez Carreño" (Tabla No. 1).

TABLA No. 1

**Incidencia**

	No. Casos	%
Historias Revisadas	2.090	
Fístulas Perianales	105	5
Abscesos Perianales	32	2
Pacientes Operados	130	6

**EDAD Y SEXO:**

El 85 por ciento de los pacientes pertenecía al sexo masculino (Tabla No. 2) con edades variables entre 15 meses y 77 años de edad, con una mayor incidencia entre 20 y 50 años (Tabla No. 3).

TABLA No. 2

**Sexo:**

	No. Casos	%
Masculino	116	85
Femenino	21	15

TABLA No. 3

**Edad:**

	No. Casos	%
Menor de 1 año	1	0.8
15 - 30	18	13.2
31 - 40	52	37.9
41 - 50	39	28.4
51 - 60	18	13.2
61 - 70	9	6.5

**HISTORIA DE LA SUPURACION:**

98 de nuestros pacientes operados fueron ingresados con el diagnóstico de Fístula perianal (Tabla No. 4) y 32 pacientes con el de Abscesos Perianal.

En los primeros, hay 16 pacientes con antecedentes de absceso perianal, drenado quirúrgicamente en 12 y espontáneamente en 4, lo que hace que el antecedente del absceso perianal drenado espontáneamente o quirúrgicamente represente un 16 por ciento en la etiopatogenia de las fístulas perianales de nuestra muestra (Tabla No. 5).

**TABLA No. 4**  
**Material Operatorio**

	No. Casos	%
Fístula Perianal	98	75.4
Abscesos Perianal	32	24.6
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

**TABLA No. 5**  
**Abscesos Perianal previo a Fístulas**

	No. Casos	%
Drenaje Quirúrgico	12	12
Drenaje Espontáneo	4	4
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

El tiempo de evolución de los pacientes con fístulas varió entre dos meses y cuatro años, en tanto que en los pacientes con abscesos perianal este tiempo fluctuó entre tres y ocho días.

En general, los problemas anales asociados en estos pacientes fueron condilomas del ano, hemorroides, fisuras, hipertrofia de papilas anales y plicomas del ano. Como enfermedades sistémicas asociadas encontramos enfermedad de Crohn, rectocolitis ulcerosa y schistosomiasis mansoni (Tabla No. 6). No tuvimos en nuestra muestra asociación de fístula perianal-cáncer del ano.

**TABLA No. 6**  
**Problemas Asociados**

	No. Casos
Condilomas Anales	3
Fisura Anal	2
Hemorroides	63
Hipertrofia de papilas	7
Plicomas anales	49
Enfermedad de Crohn	1
R. C. U.	1
Schistosomiasis Mansonii	1

El orificio fistuloso externo fue detectado preferentemente en los cuadrantes anales anteriores, la mayoría de ellos en la línea media anterior (Tabla No. 7). Los abscesos tuvieron esa misma tendencia en su localización.

TABLA No. 7

**Localización del orificio externo o masa del absceso**

	No. Casos	%
Cuadrante anterior derecho	43	33
Cuadrante anterior izquierdo	32	24
Cuadrante posterior izquierdo	19	15
Cuadrante posterior derecho	15	12
Línea media anterior	12	9
Línea media posterior	9	7
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

La mayoría de los pacientes con fístula se quejó de supuración permanente, aunque algunos la señalaron a brotes acompañados de dolor espontáneo, sin relación con las evacuaciones (Tabla No. 8). Por el contrario, los pacientes que consultaron por abscesos perianal se quejaron de intenso dolor que les hacía abstenerse de evacuar, fiebre y, en algunos casos, disuria y hasta retención urinaria.

TABLA No. 8

**Síntomas**

	No. Casos
Supuración permanente	83
Supuración intermitente	14
Sin supuración previa	40
Dolor permanente	35
Fiebre	23
Disuria	7
Dolor al evacuar	5

A ninguno de los pacientes se le prescribió antibióticos alguno en el período preoperatorio.

### ANTECEDENTES IMPORTANTES:

Blenorragia, diabetes y enfermedad de Crohn, en ese orden, fueron antecedentes médicos importantes en nuestros pacientes. Un paciente había sido previamente intervenido por un pólipo sesil de origen bilharziano (Tabla No. 9).

TABLA No. 9

#### Antecedentes Médicos

	No. Casos
Blenorragia	5
Bilharzioma rectal	1
Diabetes compensada	4

### ANTECEDENTES DE CIRUGIA ANORECTAL:

Algunos experimentados cirujanos generales, que se ven obligados a operar fistulas perianales, tienen de éstas la misma opinión que algunos toreros tienen de ciertas plazas: no dan cartel, lo quitan.

21 de nuestros pacientes, o 15 por ciento, habían sido previamente intervenidos para drenaje simple del absceso o para tratamiento de la fístula (Tabla No. 10). Todos ellos, excepto uno, fueron inicialmente tratados por cirujanos generales, incluyendo uno del exterior, que operó a un paciente 3 veces por la misma fístula. Debo decir que ninguno de mis pacientes había sido operado previamente por ninguno de los especialistas en coloproctología que ejercen en Caracas, en lo que a supuración perianal se refiere.

TABLA No. 10

#### Antecedentes Quirúrgicos

	No. Casos	%
Incisión y drenaje de absceso perianal	16	12.3
Fistulotomía anal	5	3.8
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>16.1</b>

Otro tipo de cirugía anorectal fue hecho en algunos pacientes sin relación con los procesos supurativos.

### TRATAMIENTO QUIRURGICO:

La anestesia ideal para el cirujano que opera una fístula perianal, es la anestesia general, ya que ella permite, en cualquier momento de la intervención,

precisar la cantidad de esfínter comprometido en el procedimiento quirúrgico que se realiza. Sin embargo, no es la mejor anestesia para el paciente. Y a medida que adquiere destreza en la exploración de la fistula y el cirujano se convence de que realmente el orificio interno se localiza en la cripta de Morgagni, a nivel de la línea dentada, quedando siempre una buena porción de esfínteres sanos por encima de ella, se admite que las anestésias regionales, peridurales o caudales, son muy buenas para el paciente y el cirujano. La anestesia raquídea, por el contrario, es muy mala para ambos. Los problemas postoperatorio que producen molestan e inquietan, tanto al paciente como al cirujano

La anestesia usada en nuestros pacientes fue, por consiguiente, anestesia general y anestesia conductiva. La anestesia general la utilizamos mucho al comienzo de nuestro ejercicio en el Centro Médico, tratando de no tener el grave accidente de seccionar inadvertidamente la masa enfinteriana más allá de lo razonable, dejando pacientes incontinentes. Actualmente la reservamos para pacientes muy nerviosos o aquellos casos con fistulas que clínicamente sospechamos con trayectos difíciles de precisar. Al presente, empleamos la anestesia peridural o caudal, simple, sin analgesia postoperatoria por el catéter.

Es importante que se use un instrumental adecuado para catetizar el trayecto fistuloso. El instrumental diseñado por Lockhart-Mummery representa la máxima comodidad para la cirugía de la fistula anorectal, que complementamos empleando los separadores diseñados por Parks o Hill-Ferguson. Nunca hemos utilizado azul de metileno para "marcar" el trayecto de la fistula ni ensuciar el campo operatorio.

Hay suficiente experiencia mundial para afirmar que la fistulotomía anal resuelve razonablemente el problema del paciente con fistula perianal. La realizamos en 92 de nuestros casos. (Tabla No. 11), dejando el resto de los casos con fistulectomía. Los pacientes con absceso perianal los tratamos, en su totalidad, con fistulotomía anal primaria. Las heridas resultantes las dejamos para cierre por segunda intención. En dos pacientes se hizo tratamiento complementario al tratamiento quirúrgico de la fistula: colectomía total e ileorectoanatomosis en un paciente con enfermedad de Crohn del intestino grueso y tratamiento de Schistosomiasis Mansoni, hecho por el Dr. Félix Pifano, en un paciente a quien se le había hecho una resección de la fistula tipo "corazón de manzana" (Fig. No. 1) por una fistula extraesfinteriana posterior a resección de una pólipa sesil que mostró ser un bilharzioma.

TABLA No. 11

**Tratamiento Quirúrgico**

	No. Casos	%
Fistulotomía	92	71
Fistulectomía	6	5
Fistulotomía anal primaria	32	24
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

La distribución topográfica de las fistulas, como diagnóstico postoperatorio, mostró predominio de las fistulas interesfinterianas (Tabla No. 14).

TABLA No. 14  
Distribución topográfica de las Fistulas

	No. Casos	%
Transefinterianas	63	64
Interesfinterianas	34	35
Extraesfinterianas	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

**COMPLICACIONES:**

En 12 pacientes fue necesario cateterizar postoperatoriamente la vejiga, sin necesidad de dejar la sonda permanentemente (Tabla No. 12). Dolor post-anestésico fue reportado en dos pacientes, cediendo con analgésicos usuales.

TABLA No. 12

**Complicaciones**

	No. Casos	%
Retención urinaria	12	9
Radiculitis temporal	2	1.5
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>10.5</b>

**EVOLUCION:**

Los pacientes han sido seguidos entre 9 años y 6 meses. De los 98 a quienes se intervino por fístula perianal, reintervinimos uno a los 3 meses de la primera intervención, por persistencia de la supuración. Este paciente está asintomático desde hace 3 años, lo que hace un porcentaje de recidivas para fístula de 1 por ciento. En los pacientes operados por abscesos perianal, a quienes se practicó fistulotomía anal primaria, reintervinimos uno o tres por ciento. Ha sido seguido por 9 años posteriormente, sin que haya tenido nueva supuración (Tabla No 13).

TABLA No.13

**Recidivas**

	No. Casos	%
Fístulas	1/98	1
Abscesos	1/32	3
<b>TOTAL</b>	<b>2/130</b>	<b>1.5</b>

El tiempo normal de cierre de la herida de la fistula es, por lo general, de 35 a 40 días. En el absceso puede tomar un poco más. En todo caso, las embrocaciones con nitrato de plata al 10% ayudan a acelerar el proceso cicatricial

No hay ninguna fatalidad en nuestra serie.

## COMENTARIOS:

El tratamiento quirúrgico de la fistula perianal no requiere condiciones excepcionales de entrenamiento, conocimientos ni equipo. Requiere, simplemente, que el cirujano, como decía Guy de Chauliac, sea instruido, que haya visto a otros operar, que sea ingenioso, de buen juicio y memoria para recordar las enfermedades y que sea hábil y capaz de adaptarse a las circunstancias. Admiro la destreza y habilidad de los colegas que se embarcan a operar fistulas complejas, contando solamente con la ayuda de un frasco de azul de metileno, de un separador anal bivalvo auto-sostenible y de una lámpara que no alumbrá más allá de la margen del ano.

Si se quiere obtener buenos resultados en el tratamiento de las fistulas perianales, debe contarse con el equipo apropiado y las condiciones ambientales suficientes, que permitan al cirujano explorar cómodamente el trayecto fistuloso y tomar las medidas terapéuticas complementarias que juzgue convenientes

Todavía se sigue buscando la mejor manera de ocasionar el menor número de problemas a los pacientes con supuración perianal. Aceptando que esta es una cirugía que debe hacerse cuidadosamente y suponiendo que la rata de recidiva de las fistulas no vá más allá del 3 por ciento y que la rata de resultados malos, incluyendo las recidivas, sea menor del 10 por ciento, dos problemas siguen en pié; la fistulización de los abscesos tratados quirúrgicamente y la cicatrización posterior al tratamiento quirúrgico de la fistula, cualquiera que éste sea.

La simple incisión y drenaje del absceso perianal, todavía tan en boga en nuestros Hospitales, dá una rata de fistulización del 65 por ciento (14); el tratamiento del absceso por incisión, drenaje, curetaje y cubierta antibiótica, con cierre primario, dá un porcentaje de fistulización situado entre el 20 y el 25 por ciento (5.6) y la fistulotomía anal primaria, con incisión, drenaje y des-techamiento del absceso hasta la cripta enferma, con resección de ésta, sitúa la fistulización en un 6 por ciento (7). Los dos últimos procedimientos disminuyen considerablemente el tiempo de incapacidad para el trabajo, lo que es muy importante en un Hospital como el nuestro.

El período de cicatrización total después de una fistulotomía o una fistulectomía, con cierre por segunda intención, toma entre 35 y 40 días. En nuestro Hospital, donde la gente evita, por razones obvias, tener que estar sin trabajar, la falta de cicatrización no es obstáculo para un regreso temprano a sus ocupaciones. Pero no ocurre lo mismo en el resto de los Hospitales, particularmente en los del Seguro Social, donde al paciente no se le reintegra al trabajo hasta que la herida no está totalmente cicatrizada. Ello, por supuesto, representa una gran pérdida económica para la Institución. No hay bibliografía a la mano sobre el cierre primario de las heridas posteriores a fistulotomía o fistulectomía,

pero nosotros hemos iniciado en el Centro Médico un protocolo de trabajo con cierre primario de éstas heridas, bajo cubierta antibiótica, con buenos resultados hasta ahora.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 ANI, A. N.; SOLANKE, T. F.- Anal fistula: A review of 82 cases. *Dis. Colon & Rectum*, 19:51, 1976.
- 2 EISENHAMMER, S.- The final evaluation and classification of the surgical treatment of the primary anorectal cryptoglandular intermuscular (intersphincteric) fistulous abscess and fistula. *Dis. Colon & Rectum*, 21:237, 1978.
- 3 EISENHAMMER, S.- The internal anal sphincter and anorectal abscess. *Surg. Gyn-Obst.* 103:501, 1956.
- 4 DAILY, T. H.; LEFT, E. I.- Resident Surgery - Is it safe? *Dis Colon & Rectum*, 21:85, 1978.
- 5 SOLICHER, J. C.- Management of perianal suppuration. *Dis. Colon & Rectum*, 19:516, 1976.
- 6 LEAPER, J. D. et al.- A controlled study comparing the conventional treatment of idiopathic anorectal abscess with that of incision, curettage and primary suture under systemic antibiotic cover. *Dis. Colon & Rectum*, 18:646, 1975.
- 8 MORGADO, P. J.- Anatomía aplicada del conducto anal "in vivo" en relación con los procesos supurativos no específicos del ano y su tratamiento quirúrgico. *Bol. Hosp. Miguel Pérez Carreño*, Vol. II: 6, 1973.
- 9 MORGADO, P. J.- Abscesos y fístulas no específicas del ano. *Bol. Soc. Ven. Cirugía*, XXIV:791, 1970.
- 10 NESSELROD, J. P.- *Clinical Proctology*, pp. 65-71. W. B. Saunders Co., Phil. 1964.
- 11 PARKS, A. C.; STITZ, R. W.- The treatment of high fistula-in-ano. *Dis. Colon & Rectum*, 19:487, 1976.
- 12 PARKS, A. G.- Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. *Brit. Med. J.* Vol. I: 463, 1961.
- 13 ROMUALDI, P.- Anal fistula in the adult and child. *Proc. of the 3rd. Int. Cong. of haedrologicum Conlegium*, Oct. 1968, Erlangen-Nuremberg. Springer Verlag Ed., Berlin, 1969.
- 14 SCOMA, J. A.; SALVATI, E. P.; RUBIN, R. J.- Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. *Dis. Colon & Rectum*, 17:357, 1974.
- 15 THOMPSON, H. R.- *Fistula-in-ano. Proc. of the 3rd. Int. Cong. og Haedrologicum Conlegium*, Oct. 1968, Erlangen-Nuremberg. Springer Verlag Ed. Berlin, 1969.