

# Supuraciones de la región anal

**R. Lombard-Platet**

**X. Barth**

**V. Anderegggen**

*Las supuraciones de la región anal comprenden:*

- las supuraciones cuyo origen se sitúa en el canal anal;
- las supuraciones de la región cutánea perianal, que incluyen:
  - por una parte, el quiste pilonidal,
  - por la otra, la enfermedad de Verneuil o «hidrosadenitis supurada».

Corresponden, como demostró Parks en 1961 [3], a la infección de las glándulas anales descritas por Chiari en 1878, después por Hermann y Desfosses en 1880 [5, 12].

Las glándulas anales se presentan como canales glandulares de los que no se conoce ninguna función ni se conoce su origen. Están revestidas de un epitelio cilíndrico estratificado, idéntico al de la mucosa de la zona transicional del canal anal.

Estas glándulas están presentes en todos los individuos en número de seis a diez. Cada una se abre a la luz del canal anal, a nivel de las criptas de la línea pectínea. Una cripta puede recibir dos o tres orificios glandulares. El abocamiento de los canales glandulares se hace, habitualmente, a nivel de las criptas más posteriores pero su topografía es variable. La parte principal de estas glándulas se encuentra en la submucosa del canal anal y un tercio no la sobrepasa.

En los dos tercios restantes, los canales van más allá de la submucosa. Se ramifican en el esfínter interno y la mitad de ellas penetran también en la capa longitudinal compleja. No alcanzan nunca el esfínter externo.

## Abscesos y fistulas anales

### Etiopatogenia

Del 10 al 20 % de las supuraciones de origen anal tendrían como punto de inicio los microtraumatismos de la mucosa o las infecciones de fisuras o hemorroides trombosadas [3, 7, 11]. No obstante, la causa más frecuente y la más verosímil es la infección de las glándulas anales que comunican naturalmente con la luz del canal anal y encuentran así su vía de infección.

Las infecciones que se manifiestan clínicamente son aquellas que se desarrollan entre el esfínter interno y el esfínter externo, en la capa longitudinal compleja, constituyendo lo que Parks llama «infección interesfínteriana primaria» (fig. 1).

Esta infección «interesfínteriana» emplea las vías de difusión que le ofrecen las múltiples fibras de la capa longitudinal compleja. De este modo se explican los múltiples trayectos de la infección, hacia el margen, en diferentes niveles a través del esfínter externo, en el espesor de la pared rectal.

El abocamiento del canal glandular de Hermann y Desfosses a nivel de la cripta, constituye «el orificio primario de la supuración». Puede ocluirse temporalmente por reepitelización de la mucosa.

La infección de estos canales puede presentar dos formas clínicas:

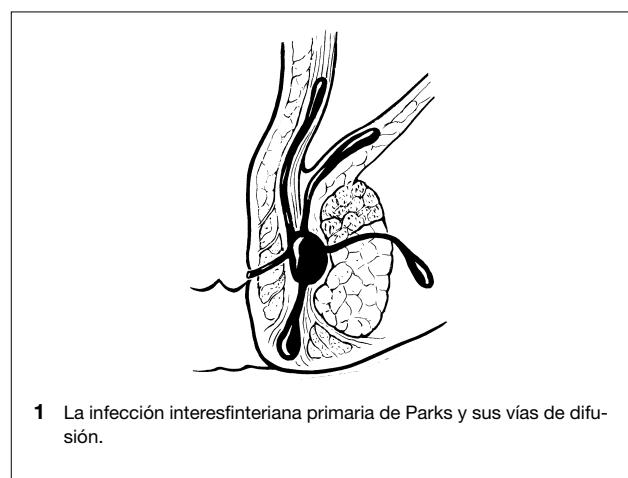
- Forma aguda, con formación de un absceso.
- Forma crónica, con formación de una fistula.

Cada una de estas formas puede presentarse de entrada o la segunda suceder a la primera.

### Clasificación y tratamiento de los abscesos

#### Clasificación

Los más frecuentes son los del margen anal (45 %), después los del espacio isquierdorectal (23 %) y a continuación los intramurales (20 %) (fig. 2).



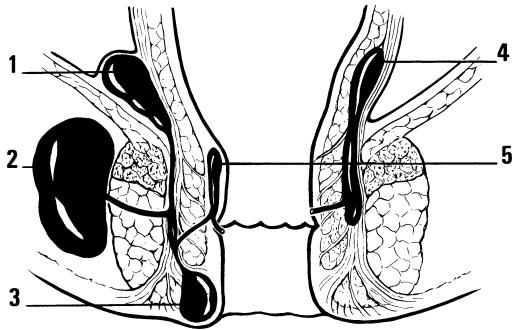
1 La infección interesfínteriana primaria de Parks y sus vías de difusión.

Roger LOMBARD-PLATET: Professeur des Universités, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Xavier BARTH: Praticien hospitalo-universitaire, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Vicente ANDEREGGEN: Résident argentin.

Service d'urgence chirurgicale viscérale, pavillon G, hôpital Edouard-Herriot, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03.



**2** Topografía de la frecuencia de los principales abscesos.

1. Absceso pelvirrectal superior.
2. Absceso del espacio isquierorrectal: 23 %.
3. Absceso del margen: 45 %.
4. Absceso intramural del recto: 20 %.
5. Absceso submucoso.

Las otras localizaciones son raras o excepcionales y están representadas fundamentalmente por los abscesos pelvirectales superiores y los abscesos submucosos del recto.

Los abscesos en «herradura» representan el 3 % del conjunto y lo más frecuente es que presenten una comunicación posterior (fig. 3).

### Tratamiento

No volveremos sobre los problemas que presentan la anestesia y la colocación del enfermo, que se han tratado en el capítulo precedente «Principios generales de la cirugía proctológica» (EMC, 40681)

El tratamiento de los abscesos tiene dos objetivos:

- Primero, drenar el pus.
- A continuación identificar el trayecto y el orificio primario y eventualmente tratarlo.

#### Absceso perianal

En ocasiones nos encontramos con un absceso perineal y perianal voluminoso, circunferencial: el ano parece flotar en medio de una colección purulenta subcutánea. Es preciso en este caso contentarse con drenar lateralmente el absceso y buscar eventuales trayectos purulentos, sin intentar identificar el trayecto transesfinteriano. Estos abscesos son raros, pero su tratamiento es urgente, pues pueden poner en peligro la vida y pueden ser el origen de la gangrena gaseosa de fuente perineal, en la que siempre hay que pensar [21, 28].

Lo más frecuente es un absceso perineal unilateral que puede ser del margen o de la fosa isquierorrectal.

#### Absceso del margen

Es un absceso superficial, visible a la inspección del periné y que se manifiesta como una tumoración localizada a nivel de los pliegues radiales del ano, más o menos voluminosa y fluctuante. Se manifiesta por un dolor de aparición frecuentemente brusca que aumenta en intensidad, pero que nunca se acompaña de signos generales graves. La supuración puede evolucionar en unos días hacia la fistulización espontánea.

El tratamiento de los abscesos del margen puede realizarse bajo anestesia local, pero más fácilmente bajo anestesia locorregional o general: incisión cutánea radial, con escisión cutánea limitada, curetaje de la cavidad y exploración del trayecto, que habitualmente es corto, en dirección a la línea pectínea. A veces el trayecto es ciego, pero la mayoría de las veces se encuentra el orificio interno y puede desbridarse todo el trayecto.



**3** Absceso en «herradura»: vista posterior del aparato esfinteriano con un solo orificio primario visto en transparencia y situado justo debajo el puborrectal.



**4** Drenaje de un absceso del espacio isquierorrectal. El drenaje se realiza a través del periné mediante una incisión cutánea.

La anoscopia o examen del canal anal, tras una dilatación suave, frecuentemente evidencia una cripta purulenta.

#### Absceso del espacio isquierorrectal

Está situado mucho más profundamente, entre la capa celular subcutánea que sólo se lesiona tarde y el elevador del ano. Se manifiesta clínicamente como un dolor perianal profundo, que aumenta progresivamente hasta hacerse muy intenso, acompañándose entonces de signos generales de infección graves, mientras que el periné permanece durante mucho tiempo con un aspecto normal a la inspección. El tacto rectal pone de manifiesto una tumefacción voluminosa, que rechaza el canal anal y muchas veces el bajo recto y cuya palpación es sumamente dolorosa.

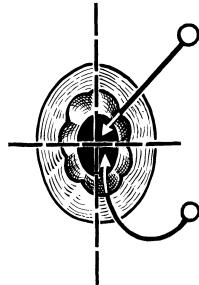
El tratamiento de los abscesos del espacio isquierorrectal no puede realizarse bajo anestesia local. Es muy importante asegurarse, bajo anestesia local o locorregional, que se trata de un absceso del espacio isquierorrectal y no de un absceso pelvirectal superior o intramural.

Cuando se está seguro de que el absceso está limitado por dentro por el canal anal y por encima por el elevador del ano, es preciso drenar este absceso a través del periné, realizando una incisión lateroanal, mediante una escisión cutánea o una incisión cruciforme (fig. 4).

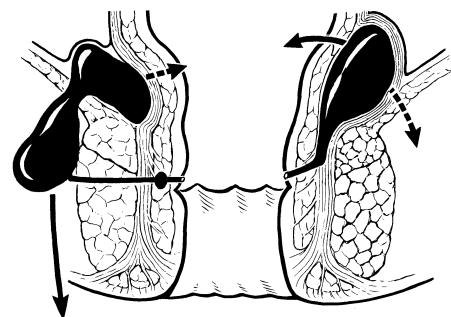
Tras la evacuación del pus, el absceso se desbrida con el dedo y se realiza un curetaje de sus paredes y lavados con suero fisiológico. Es necesario buscar cuidadosamente el trayecto, sabiendo que, frecuentemente, el orificio primario es posterior y el trayecto en zigzag (ley de Goodsall) (fig. 5) (véase más abajo: identificación de la fistula).

Esta búsqueda también puede hacerse a partir del canal anal, explorándolo primero con el dedo, buscando una induración o una umbilicación, ayudándose después con un estilete y, en ocasiones, colocando separadores.

Ya hemos dicho que cuando la supuración puede comprometer la vida, hay que contentarse con drenarla. En los casos más frecuentes de supuración local, el hallazgo del

**5 Ley de Goodsall:**

- A partir de un orificio cutáneo situado en un cuadrante anterior del margen anal; el trayecto en dirección al orificio interno habitualmente es directo.
- A partir de un orificio cutáneo situado en un cuadrante posterior del margen anal. El trayecto en dirección al orificio interno es habitualmente curvilíneo.

**6** Parte derecha: un absceso intramural debe de drenarse a través del recto. El drenaje a través del perineo conduciría a la creación de una fistula extraesfinteriana.

Parte izquierda: absceso del espacio isquierdorectal con un divertículo supraelevador. Debe drenarse a través del perineo. Su drenaje a través del recto conduciría a la formación de una fistula extraesfinteriana.

trayecto puede ser difícil, incluso imposible, en función de la longitud, situación o de la dirección del trayecto. Más vale en esos casos renunciar, saber esperar y volver a empezar, antes que provocar una falsa vía.

El trayecto no se encuentra en un porcentaje de casos variable, pero que puede llegar al 50 % de los casos. Un cierto número de estos abscesos puede curar sin secuelas y sin recidiva, pero muchos son los que pueden evolucionar hacia la recidiva o la supuración crónica [29].

**Absceso intramural (fig. 6)**

El perineo es elástico, sin colecciones, pero hay una salida de líquido purulento a través del ano y sobre todo un dolor vivo supraanal. Al tacto rectal, la exploración del canal anal no es dolorosa y no hay tumefacción, pero la exploración del recto permite apreciar una tumefacción dolorosa, habitualmente posterior paracomisural, mucho menos frecuente anterior. La exploración desencadena muchas veces la salida de pus. A nivel del canal anal, a menudo hay una criptitis purulenta, un orificio primario amplio a nivel de la línea pectínea o por encima de ella. Estos abscesos, en ocasiones, son muy voluminosos.

Evidentemente, el drenaje por vía perineal conduciría a la creación de una fistula extraesfinteriana de tipo IV.

Tras la anestesia, local o regional, dilatación anal, colocación de un separador ortostático, infiltración de suero con adrenalina de la mucosa y submucosa del recto, sobre el promontorio del absceso, el orificio primario se encuentra habitual y fácilmente en situación paracomisural posterior, se canaliza con facilidad, y conduce al centro del absceso.

En ocasiones hay dos abscesos a un lado y otro de la línea mediana. Tras canalización, desbridamiento con bisturí eléctrico hasta el absceso, que en ocasiones se prolonga hacia arriba en el recto, se realiza curetaje de la cavidad y taponamiento tras una hemostasia cuidadosa de los bordes de la herida.

Algunos autores proponen el desbridamiento del esfínter interno del ano en toda su altura para evitar la recidiva y permitir un buen drenaje. Sin embargo, esto supone poner en peligro la continencia por sección total del esfínter interno.

**Absceso en «herradura»**

Se trata de una supuración bilateral. Es excepcional que corresponda a dos orificios primarios y dos trayectos transesfinterianos. Habitualmente sólo hay un orificio primario paracomisural posterior y dos abscesos perineales unidos

entre sí por un trayecto transversal retroanal, situado habitualmente muy alto, en el espacio de Courtney, por detrás del puborrectal y bajo el elevador del ano. Hallarlo resulta, a menudo, muy difícil.

El tratamiento supone la evacuación de los dos abscesos mediante una incisión lateral perineal, y la localización del trayecto transesfinteriano y de la comunicación transversal entre los dos abscesos perineales. La canalización del trayecto transesfinteriano en ocasiones es muy simple pero muchas veces resulta difícil y requiere cierta experiencia en estas técnicas [30].

El tratamiento puede hacerse en dos o tres tiempos.

**— En tres tiempos:**

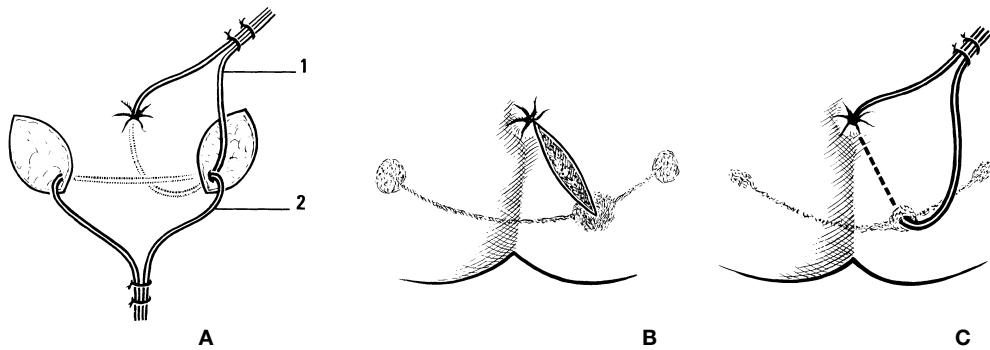
- primer tiempo: drenaje de dos abscesos y localización del trayecto intraesfinteriano y de la comunicación transversal posterior;
- segundo tiempo: desbridamiento de la comunicación transversal posterior;
- tercer tiempo: desbridamiento del trayecto transesfinteriano.

El interés da la separación de los tiempos (fig. 7 A, B, C), radica en mantener la anatomía regional y no crear una deformación anal cicatricial demasiado importante.

Pero, si el trayecto transesfinteriano se ha encontrado en el primer tiempo, si no está situado demasiado alto ni demasiado lateral con relación a la comisura, puede tratarse durante el primer tiempo, en el mismo momento que la comunicación posterior transanal. Así se evita el tercer tiempo.

**Clasificación de las fistulas**

Para realizar con seguridad el tratamiento de estas supuraciones, es importante conocer y prever su trayecto anatómico. Milligan y Morgan en 1934 [30], después Lockart-Mumery [17], definieron claramente las relaciones entre los trayectos fistulosos más frecuentes y los elementos esfinterianos. El punto esencial de su clasificación es la relación entre el trayecto fistuloso y la masa el esfínter estriado, representado, por un lado, por el esfínter externo circular, rodeando el ano y, por otro lado, por el puborrectal, masa muscular poderosa que rodea las caras posterior y lateral del ano en su zona más alta. El músculo puborrectal está considerado por Milligan y Morgan como el elemento esencial de la continencia y su preservación es primordial en el tratamiento de las fistulas.



#### 7 Tratamiento del absceso en herradura

- Identificación del trayecto principal extraesfinteriano, uniendo los dos abscesos derecho e izquierdo e identificación del trayecto retroanal secundario.
- Desbridamiento del trayecto secundario extraesfinteriano.
- Desbridamiento del trayecto principal.

Tras estos trabajos, Arnous y Parnaud [3] propusieron en 1954 clasificar los trayectos fistulosos, según su situación con relación al esfínter, en cuatro grupos:

- subcutaneomucosos,
- transesfinterianos inferiores,
- transesfinterianos superiores, y
- supraesfinterianos.

Eisenhammer (1958) y después Lihus (1968) han puesto de manifiesto el papel patógeno del espacio interesfinteriano situado entre el esfínter interno y el esfínter externo [9, 16]. En 1959, Stelzner propuso una clasificación de las fistulas en tres grupos, clasificación que será retomada y desarrollada por Parks, quien, en 1976, propuso una descripción en cuatro tipos de las fistulas, presentando cada tipo muchas subdivisiones.

Esta clasificación tiene la ventaja de fundarse sobre una base etiopatogénica (el absceso interesfinteriano primario) y hoy día está aceptada universalmente [1, 23].

Denis en 1983 [7] la adopta, insistiendo en la importancia del absceso interesfinteriano con prolongación rectal (13 %), denominado por Arnous y Parnaud «absceso intramural». En su clasificación, mantiene la distinción, ya hecha por Arnous y Parnaud, entre fistula transesfinteriana inferior y superior.

#### Clasificación de Parks (fig. 8)

Se basa, por un lado en el origen de la infección que siempre es interesfinteriana y, por otra parte, en la situación del trayecto fistuloso con relación al conjunto esfinteriano.

#### Tipo I o «fistula interesfinteriana»

El trayecto se sitúa entre el esfínter interno y externo, sin sobrepasar nunca la barrera del esfínter externo. Presenta dos subtipos:

- con orificio perineal: es la fistula anal baja, en la que el orificio cutáneo se sitúa a nivel del margen, cerca del orificio externo del canal anal. Puede presentar una prolongación hacia arriba, en el espesor de la capa longitudinal compleja;
- sin orificio perineal: se trata, en este caso, de un absceso cerrado sin otra comunicación con el exterior que el orificio primario o con un orificio secundario abierto al recto; es el absceso intramural de Arnous y Parnaud.

#### Tipo II o «fistula transesfinteriana» (fig. 9)

El trayecto fistuloso atraviesa el esfínter externo en distintos niveles, a nivel de la línea pectínea, por debajo o por enci-

ma, pero siempre por debajo del músculo puborrectal. En ocasiones el orificio primario está situado sobre la línea pectínea, pero antes de atravesar el esfínter externo, el trayecto fistuloso asciende por el espacio interesfinteriano.

Más allá del esfínter externo, el trayecto continúa en el espacio isquiorrectal y llega a la piel. El orificio secundario se sitúa en estos casos más claramente por fuera del borde inferior del canal anal que en el tipo I.

Estas fistulas pueden ser lineales o estar interrumpidas por cavidades anfractuosas, llamadas «divertículos», que se desarrollan en el espacio isquiorrectal y ascienden más o menos lejos por debajo del músculo elevador del ano, que en ocasiones pueden perforar, constituyendo entonces los «divertículos supraelevadores».

#### Tipo III o «fistula supraesfinteriana» (fig. 10)

Estas fistulas son raras. El trayecto, a partir del orificio primario, se dirige hacia arriba, a través del espacio interesfinteriano, rodea el borde superior del puborrectal y vuelve a descender perforando el elevador del ano, para llegar a la piel perineal, tras haber atravesado el espacio isquiorrectal. Los divertículos intramurales y pelvirectales son frecuentes en estas formas.

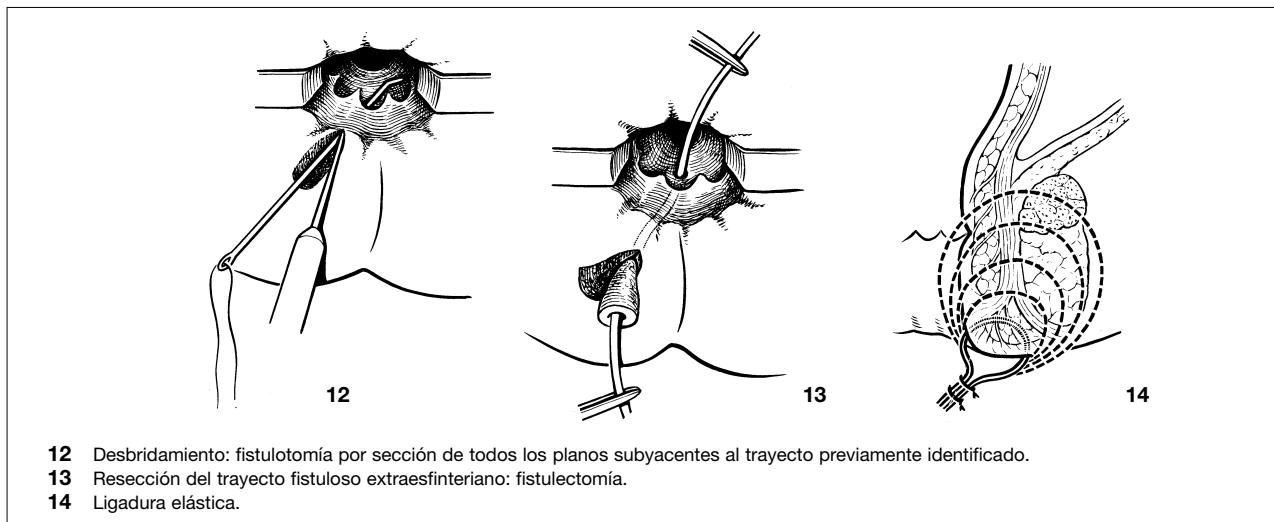
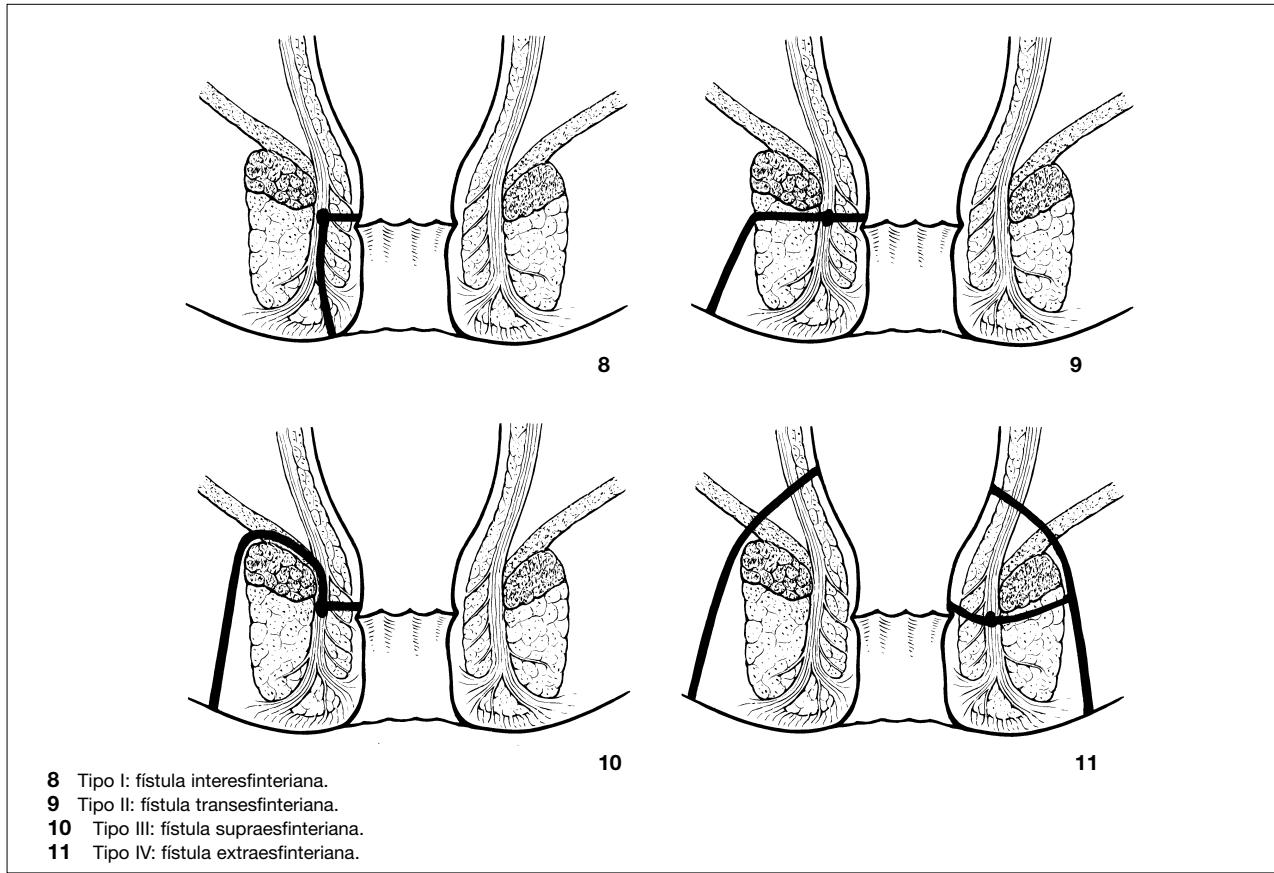
#### Tipo IV o «fistula extraesfinteriana» (fig. 11)

Estas fistulas son excepcionales. El trayecto se encuentra por entero por fuera del esfínter externo. Se trata de fistulas rectoperineales, que pueden tener su origen en la evolución yatrógena de una fistula anal de uno de los tipos precedentes u otro origen: supuración de origen abdominal, pélvico, infección ósea, etc.

#### Tratamiento de las fistulas

En la inmensa mayoría de los casos, el tratamiento de las fistulas es simple, pues se trata de fistulas con trayecto único, correspondientes a los tipos I y II de la clasificación de Parks o a los trayectos transesfinterianos de Arnous y Parnaud. Sin embargo, pueden presentar ciertas dificultades:

- El trayecto no siempre es filiforme, canalicular, desde el orificio primario mucoso intraanal al orificio secundario cutáneo, perineal
- Puede haber cavidades purulentas intermedias: complican la búsqueda del trayecto y precisan frecuentemente un tiempo especial de drenaje.
- La penetración alta del trayecto fistuloso, en la unión esfinteriana (esfínter externo y puborrectal) amenaza la continencia si el trayecto se trata mediante desbridamiento.



Las dos técnicas empleadas, después de los lejanos tiempos de la cirugía en que se empleaban distintas técnicas con diversa fortuna, son: fistulotomía y sección lenta del esfínter.

### Técnicas

#### Desbridamiento: fistulotomía (fig. 12)

Esta técnica ha sido protocolizada perfectamente por los cirujanos del St. Mark's Hospital de Londres: El trayecto fistuloso se desbrida a partir del orificio externo, hasta el orificio interno, seccionando todos los planos: piel, tejido celular y elementos esfinterianos.

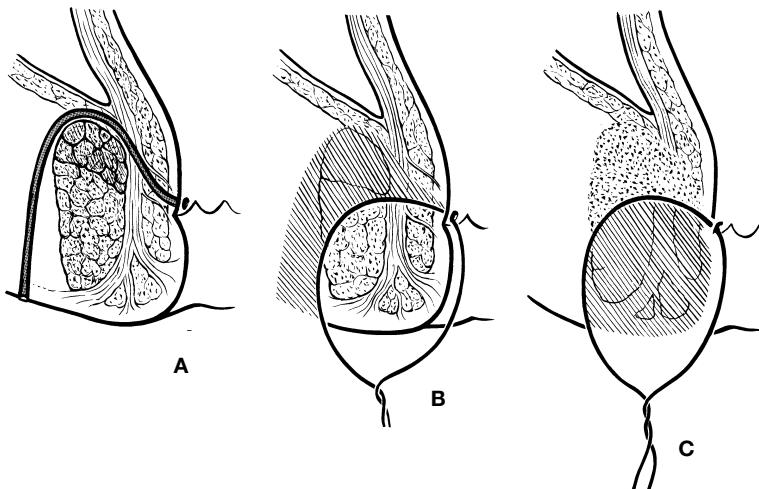
Una disección cuidadosa, asociada al curetaje del trayecto, sobre una zona previamente infiltrada de suero con adre-

nalina, permite una cirugía precisa y un tratamiento en un tiempo. La cicatrización debe vigilarse cuidadosamente, se hará a partir de los márgenes de la herida y del lecho mismo de la fistula, abierta y dejada *in situ* y que muchas veces está parcialmente epitelizado.

El inconveniente de esta técnica es el riesgo de incontinencia, cuando la fistula es alta y la lesión esfinteriana importante.

#### Sección lenta del esfínter

Tras los trabajos de Kaufmann y Berger, ésta ha tenido gran difusión en Francia y fue descrita en los trabajos de Arnous y Parnaud [4]. Consiste en denudar la porción del esfínter subyacente al trayecto fistuloso, antes de realizar la sección lenta mediante una ligadura elástica.



**15** Técnica de Denis.

- A. Fístula supraesfinteriana.
- B. Desbridamiento de la parte alta del trayecto y drenaje filiforme de la parte baja.
- C. Desbridamiento de la parte baja tras la cicatrización de la parte alta.

Primero se realiza una escisión (fistulectomía) del trayecto fistuloso extraesfinteriano (fig. 13), situado entre el esfínter y la piel. Para ello, se recorta una pastilla de piel de aproximadamente un cm de diámetro alrededor del orificio cutáneo secundario, después se canaliza el trayecto mediante un hilo de bronce. Una pinza colocada en el collar de piel permite movilizar el trayecto fistuloso y realizar la exérésis con bisturí eléctrico, hasta el nivel del esfínter, a ras del cual se secciona; la marca del trayecto esfinteriano se deja en su sitio.

Después, se expone la cara interna del esfínter anal mediante la sección sucesiva de la piel del margen, tras la escisión cutánea realizada previamente, y de la mucosa del canal anal, hasta el orificio primario, endocanalicular.

Si el trayecto transesfinteriano es bajo, es decir, a nivel de la línea pectínea, se secciona el esfínter.

Si el trayecto transesfinteriano es alto, no se secciona el esfínter; se coloca una ligadura elástica alrededor del esfínter y se anuda. Tras varios días, el hilo elástico se va apretando progresivamente, ejerciendo de este modo cierta tensión sobre el esfínter, que poco a poco se va disociando. El hilo elástico se irá apretando de semana en semana, hasta la sección completa del esfínter (fig. 14).

A esta sección lenta del esfínter suele suceder una cicatriz fibrosa que compensa parcialmente la pérdida de tejido muscular contráctil, según expresión de Vidal y Cassis, «los tejidos que están por detrás de la ligadura cicatrizan, mientras que los que están por delante se dividen».

Esta técnica todavía es muy utilizada en Francia, con resultados variables, según los autores.

Las dos técnicas, desbridamiento y sección lenta del esfínter, pueden emplearse de modo alternativo o aislado, con variantes que comportan la multiplicación y división de los tiempos.

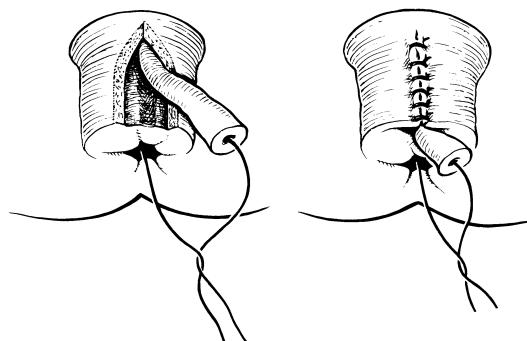
Ante los resultados inciertos sobre la continencia, que se trate del desbridamiento o de la sección lenta del esfínter, se han propuesto otras técnicas.

#### Técnica de Parks

Consiste en una escisión, alrededor del orificio primario, de un fragmento de mucosa y de esfínter interno, curetaje del trayecto extraesfinteriano y un drenaje en contacto con la pared del esfínter externo.

#### Técnica de Denis (fig. 15) [8]

Identificación del orificio primario mediante inyección en los orificios cutáneos secundarios. Disección del trayecto fis-



**16** Técnica de Mann y Clifton. El trayecto fistuloso extraesfinteriano se diseña e introduce en el plano interesfinteriano mediante sección y posterior reconstrucción del esfínter externo.

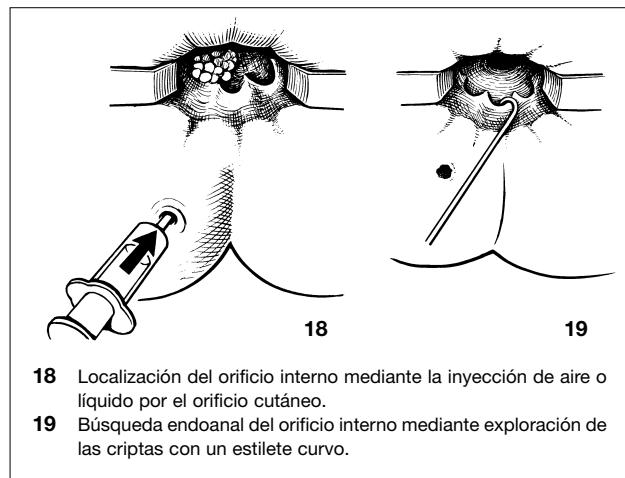
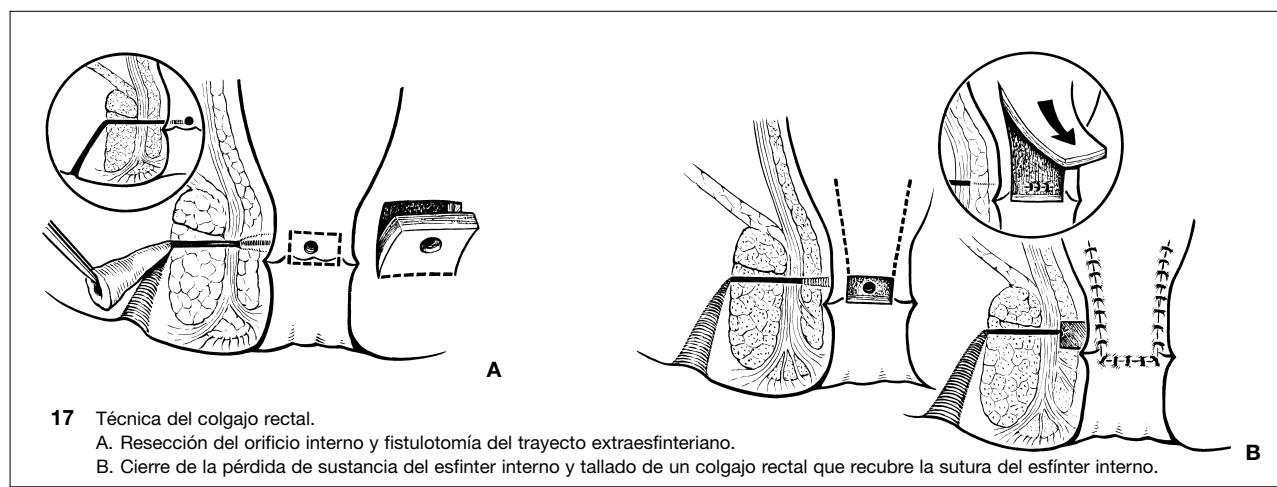
tuloso a partir del orificio secundario, hasta el vértice del espacio isquierdorrectal. Se sigue el trayecto en el espesor del esfínter, que se desborda progresivamente, bien si se trata del puborrectal o del esfínter externo, hasta que se pueda aspirar el estilete introducido por el orificio primario. Se deja un drenaje flexible, pero se ha seccionado toda la parte alta del esfínter. De este modo queda descendido el trayecto fistuloso y tras la cicatrización de la parte alta del esfínter seccionado, en un segundo tiempo se realiza el desbridamiento, doce semanas más tarde. De este modo se transforma una fistula supraesfinteriana en una fistula transesfinteriana.

#### Transposición del trayecto fistuloso

Mann y Clifton [18], del St. Mark's Hospital, (fig. 16) proponen una transposición del trayecto fistuloso.

El trayecto fistuloso se diseña a partir de su orificio cutáneo secundario, hasta la penetración esfinteriana o rectal, después, tras la disección del espacio interesfinteriano del peritoneo, hasta el trayecto transesfinteriano (como en la operación de «reparación postanal» de Parks), se coloca el trayecto diseñado en el espacio interesfinteriano, mediante dislaceración alrededor de la penetración del trayecto en el esfínter externo o mediante incisión de toda la altura del puborrectal y del esfínter externo, que se reconstruirá a continuación.

Algunas semanas más tarde, tras la cicatrización del plano extraesfinteriano, se limpia el trayecto disecado mediante un sedal o incluso se realiza su transposición en el espacio submucoso (5 casos en 1985).



#### Técnica del colgajo rectal (fig. 17)

Es muy antigua y conocida en Francia bajo el nombre de «procedimiento de la cortina». Fue propuesta por Elting en 1912 [10], por Ohchchangyu en 1930 [22], por Picot en 1921 [26] a partir de cuatro casos, por Robles en 1932 [27], después por Laird en 1948 [14], antes de ser retomada por muchas publicaciones recientes [2, 15, 32]. Consiste en realizar, por vía endoanal, la resección del orificio interno y cubrirlo mediante un colgajo rectal.

La intervención se divide en cuatro tiempos fundamentales.  
— Resección del orificio interno de la fistula.

Resección que se lleva a cabo sobre la mucosa y sobre el esfínter interno.

— Sutura del esfínter interno, que puede hacerse longitudinal o transversalmente, mediante puntos sueltos de hilo reabsorbible.

— Tallado de un colgajo rectal, que puede componerse de mucosa y submucosa o mucosa y capa circular del recto. Para que el colgajo se movilice bien y esté bien vascularizado, hace falta que tenga alrededor de 4 cm de altura y que sea de forma trapezoidal. Se desciende por delante de la sutura del esfínter interno y su borde inferior llega sin tracción a nivel de la línea pectínea o a nivel de la línea anocutánea. Se fijan sus bordes libres mediante puntos sueltos de hilo reabsorbible.

Este tiempo operatorio puede ser difícil, pero debe realizarse con precisión y meticulosidad. Para ello, nos parecen útiles las siguientes reglas.

Los pacientes con fistulas posteriores deben colocarse en posición ginecológica y las fistulas anteriores en posición de

Depage (véase «Principios generales de la cirugía proctológica», fascículo 40-681). Es indispensable el empleo de una lámpara frontal o de una iluminación intrarrectal, lo mismo que el empleo de separadores anales autostáticos.

Las mucosas anal y rectal deben infiltrarse con suero con adrenalina (véase fascículo 40-681), de modo que pueda realizarse una cirugía lo más exangüe posible.

— Tiempo de drenaje: debe de dejarse un dren en la zona del trayecto fistuloso extraesfinteriano, que ha sido resecado o avivado, en contacto con el esfínter externo y debe mantenerse durante varias semanas. Es fundamental que la herida cutaneoparietal no se cierre antes de que el colgajo cutaneomucoso o musculomucoso esté perfectamente cicatrizado e impermeable.

Numerosos trabajos anglosajones se han publicado en el último decenio, ya sea sobre la propia técnica y las modificaciones que se han podido aportar, o bien sobre los resultados.

Las series habitualmente son cortas y, con frecuencia, implican otras lesiones aparte de las fistulas anales. Sólo Aguilar [2] presenta una serie de 189 enfermos tratados con esta técnica, con un 90 % de los resultados excelentes, en los 151 enfermos seguidos (80 % del total). Los resultados de otros trabajos parecen también prometedores [13].

Esta mejora de resultados, con relación a otras series más antiguas, se explica por la mejora de las técnicas y del material, por el uso de antibióticos y por la preparación intestinal, que debe de ser tan completa como para una cirugía colorrectal o para una colonoscopia.

#### Conducta a seguir ante una fistula

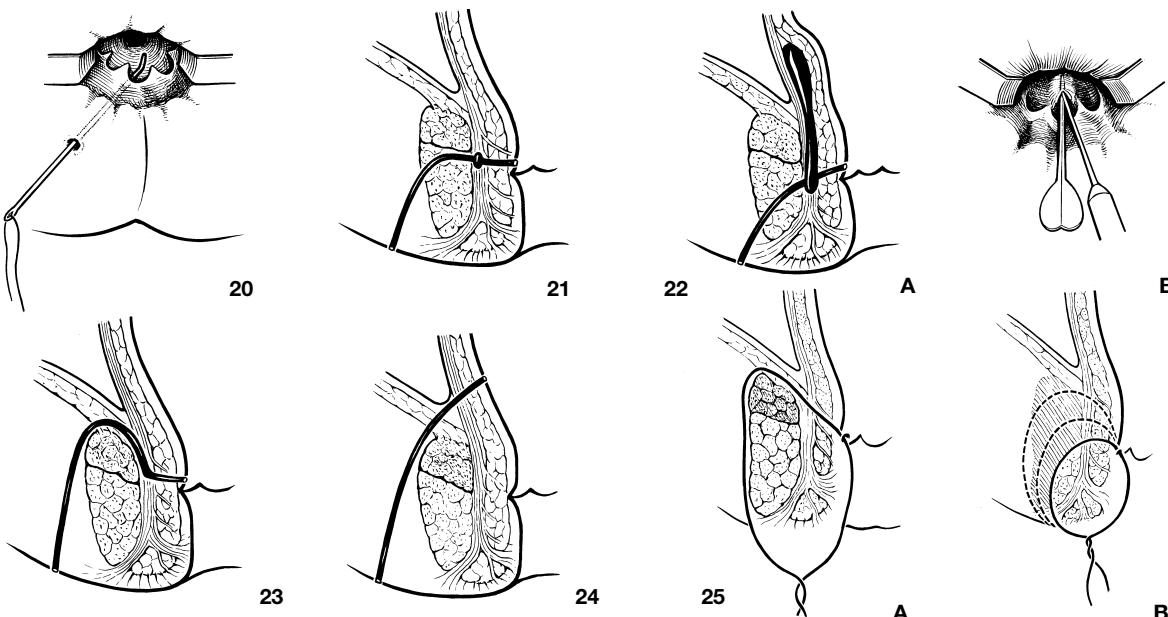
Supone:

- la exploración e identificación de la fistula;
- el desbridamiento del trayecto.

#### Identificación de la fistula

Se realiza, habitualmente, tras la valoración, sin anestesia o bajo anestesia local, después de un interrogatorio sobre el tiempo de evolución de la fistula, la presencia de abscesos e intervenciones previas.

Se examina el periné, buscando uno o varios orificios secundarios, este examen permite frecuentemente descubrir una cicatriz, que hay que comprobar si es uni- o bilateral. El aspecto de los orificios secundarios es habitualmente bastante típico, es raro que un cirujano experto dude mucho tiempo sobre el diagnóstico diferencial con el orificio de un quiste sacrococcígeo o con una enfermedad de Verneuil.



- 20** Colocación de un drenaje filiforme.  
**21** Fístula simple: un solo trayecto, el trayecto principal, que une el orificio interno primario y el orificio cutáneo secundario.  
**22** A. Fistula compleja: asociación de un trayecto principal transesfinteriano y de un trayecto secundario, aquí, intramural  
B. Desbridamiento del trayecto intramural.

- 23** Fístula supraesfinteriana. El trayecto atraviesa el borde superior del puborrectal.  
**24** Fístula extraesfinteriana. El trayecto está enteramente por fuera del aparato esfinteriano.  
**25** Sección lenta del esfínter por fistula supraesfinteriana.

El tacto rectal permite apreciar las pérdidas de sustancia, el estado del canal anal, del recto, buscar el nivel de la línea pectínea y la depresión correspondiente al orificio primario, habitualmente a nivel de la línea pectínea.

Hay que recordar la ley de Goodsall (fig. 5): cuando el orificio secundario se encuentra por delante de la línea bisiquisquática, la mayoría de las veces hay un orificio primario en la semicircunferencia anterior del ano y un trayecto directo entre los dos orificios. Cuando el orificio secundario se encuentra por detrás de la línea bisiquisquática, el orificio primario está, normalmente, dentro de la semicircunferencia posterior y el trayecto entre los dos orificios es curvilíneo, en ocasiones en bayoneta en la zona paracomisural posterior.

#### Identificación del trayecto

Se hace habitualmente, a partir del orificio secundario, con un dedo introducido en el canal anal. El cateterismo del trayecto puede realizarse de forma inmediata, rápida y simple. En caso de dificultad, la inyección de aire o de líquido (fig. 18) a través del orificio secundario, permite identificar el orificio primario en la zona por donde se escapa el aire o el líquido.

Si no se ve ni se toca con el dedo la salida de aire o de líquido por el canal anal, puede repetirse la misma maniobra tras el curetaje de la parte extraesfinteriana del trayecto fistuloso. Si tras esta maniobra, todavía no se encuentra el orificio interno, debe realizarse su búsqueda directa mediante la exploración de las criptas con un estilete de punta curva (fig. 19).

Si, aún así, no puede encontrarse el orificio interno, puede tratarse de un trayecto ciego. Jamás hay que crear un orificio interno, es decir, realizar una brecha mucosa.

#### Canalización del trayecto

Cuando vaya a iniciarse el tratamiento de la fistula, hay que colocar un hilo de drenaje unos días o semanas antes, para drenar las supuraciones y reducir los divertículos. El hilo de drenaje puede ser de nylon o de hilo elástico (fig. 20).

Cuando se ha reconocido el trayecto principal, hay que buscar divertículos o trayectos secundarios.

#### Desbridamiento del trayecto

##### • Fístulas bajas

Una vez canalizado el trayecto, el orificio interno está situado a nivel de la línea pectínea, atravesando el esfínter externo a ese nivel (fig. 21).

El tratamiento mediante fistulotomía, o tras fistulectomía de la parte extraesfinteriana del trayecto, puede realizarse bajo anestesia local. Sin embargo, si existe una supuración importante en la parte extraesfinteriana del trayecto, es preferible dejar un drenaje filiforme durante unas semanas.

Si la canalización del trayecto ha resultado difícil por la existencia de un divertículo voluminoso por debajo del elevador, la resección del orificio secundario y el curetaje del divertículo pueden facilitar el hallazgo de la penetración intraesfinteriana. En caso contrario, el orificio interno debe buscarse a partir del canal anal. Si éste se identifica y canaliza, se desbrida. La curvatura del divertículo infralevador requiere una inspección cuidadosa.

Si hay una fistula compleja (fig. 22), lo más frecuente es que se asocie un trayecto transesfinteriano y otro intramural. Esto es lo que podemos evidenciar tras exploración del orificio interno, que demuestra un trayecto vertical en el espacio interesfinteriano, ascendiendo a una altura variable del recto. Los dos trayectos pueden tratarse en un solo tiempo, pero esto conlleva la sección completa del esfínter interno, lo que pone en riesgo la continencia. Por ello es más prudente el desbridamiento en dos tiempos.

— Primer tiempo: desbridamiento del trayecto intramural, estando el trayecto transesfinteriano drenado con un hilo elástico.

— Segundo tiempo: unas semanas después, cuando se consigue la cicatrización del trayecto intramural, se trata el trayecto transesfinteriano.

El 85 % de las fistulas son bajas y van a tratarse de forma simple, las dos dificultades son la canalización del trayecto y el riesgo de que pase desapercibido un segundo trayecto (fistula compleja) [31].

- Fistulas altas

El trayecto a través del esfínter externo está situado por encima del nivel de la línea pectínea, más o menos por encima del borde superior del puborrectal, que es el límite superior del ano y del aparato esfinteriano: éstas son las fistulas transesfinterianas altas.

El trayecto se encuentra sobre el borde superior del puborrectal: éstas son las fistulas supraesfinterianas (fig. 23).

El trayecto se dirige directamente del recto al periné, sin tener relación con el canal anal: son las fistulas extraesfinterianas (fig. 24).

Es frecuente que sea difícil diferenciar, inicialmente, una fistula supraesfinteriana de una transesfinteriana superior. Solamente tras varias semanas de drenaje filiforme puede apreciarse el nivel real de la fistula.

El tratamiento puede realizarse mediante fistulotomía pero comporta gran riesgo de incontinencia.

Para estas fistulas altas, Arnous y Parnaud propusieron la sección lenta del esfínter mediante tracción elástica, tras fistulectomía del trayecto extraesfinteriano (fig. 25).

Los resultados sobre la continencia no parecen ser superiores. Marks y Ritchie [19], del St. Mark's Hospital de Londres, analizaron los resultados funcionales de 793 fistulas intervenidas, hallando una proporción importante de incontinencia en las «fistulas difíciles», que fueron tratadas mediante desbridamiento o ligadura elástica con:

- 25 % de incontinencia a gases.
- 17 % de incontinencia a líquidos.
- 31 % de incontinencia a sólidos.

Parks [24], tras el tratamiento de fistulas altas, refirió un 25 % de problemas de continencia.

Christiansen [6] refiere un 50 % de problemas de continencia en las fistulas transesfinterianas altas y un 100 % para las supraesfinterianas.

Goligher [11] anota un 36 % de incontinencia menor en las fistulas transesfinterianas, y un 55 % para las fistulas en «herradura».

Estas fistulas frecuentemente son recidivantes. Denis [8] observó un 80 % de reintervenciones en una serie de 118 fistulas supraesfinterianas.

La exploración, identificación del orificio interno y canalización del trayecto precisan, frecuentemente, anestesia general.

La fistulografía puede discutirse pero es poco práctica.

La ecografía endorrectal puede ser, en el futuro, una ayuda diagnóstica, pero hoy en día, el examen clínico bajo anestesia es el mejor medio para valorar este tipo de lesiones.

El inventario exacto de las lesiones patológicas y yatrogénicas es difícil, pero debe realizarse. El diagnóstico etiológico debe tenerse en cuenta, y, eventualmente pensar en una enfermedad de Crohn, una tuberculosis o una supuración de otro origen.

Una vez establecido el diagnóstico, las normas de tratamiento son las mismas:

- Tratar el absceso interesfinteriano y el orificio primario.
- Preservar al máximo la continencia.

La elección entre las diferentes técnicas que hemos descrito: técnica de Parks, de Denis, transposición del trayecto fistuloso, técnica del colgajo rectal, depende obviamente de los hábitos y de la elección personal.

Ciertas técnicas, como la de Parks, parecen abandonadas, la tracción con hilo elástico goza todavía de muchos adeptos. La técnica del colgajo rectal, objeto de muchas publicaciones actuales, es ciertamente la más difícil, y las series publicadas son todavía demasiado cortas y recientes para permitir una evaluación definitiva.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: LOMBARD-PLATET R, BARTH X, ANDEREGGEN V. – Supurations de la région anale. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-690, 1993, 8 p.

## Bibliografía

- [1] ABCARIAN H, DODI G, GIRONA J et al. Symposium : Fistula-in-ano. Int J Colorectal Dis 1987 ; 2 : 51-71
- [2] AGUILAR PS, PLASENCIA G, HARDY TG, HARTMANN RF, STEWART WR. Mucosal advancement in the treatment of anal fistula. Dis Colon Rectum 1985 ; 28 : 496-498
- [3] ARNOUS J, PARNAUD E. La petite chirurgie des fistules anales. Masson. Paris. 1954 ; 1 vol.
- [4] ARNOUS J, PARNAUD E, TOUPET D. Chirurgie anale. Techniques chirurgicales. Maloine. Paris. 1 vol, 1970
- [5] CHIARI H. Über die Nalen Divertikel der Rectum. Schleimhaut und Jire Beziehung zu den Anal Fisteln. Med J Wien 1878 ; 419
- [6] CHRISTENSEN A, NILAS L, CHRISTIANSEN J. Treatment of transphincteric anal fistulas by the seton technique. Dis Colon Rectum 1986 ; 29 : 454-455
- [7] DENIS J, DUBOIS N, du PUY-MONTBRUN Th, GANANSIA R, LEMARCHAND N. Une classification des fistules anales. Ann Gastroenterol Hepatol 1983 ; 19 : 393-397
- [8] DENIS J, LEMARCHAND N, DUBOIS N, GANANSIA R, du PUY-MONTBRUN Th. Les fistules anales supra-sphinctériennes. Ann Gastroenterol Hepatol 1983 ; 19 : 399-404
- [9] EISENHAMMER S. A new approach to the anorectal fistulous abscess on the high intramuscular lesion. Surg Gynecol Obstet 1958 ; 106 : 595-599
- [10] ELTING DW. The treatment of fistula in ano with special reference to the Whitehead operation. Ann Surg 1912 ; 56 : 744-752
- [11] GOLIGHER JC. Surgery of the anus, rectum and colon. Baillière Tindale. London. 1980 ; 1 vol.
- [12] HERMANN G, DESFOSSES L. Sur la muqueuse de la région cloacale du rectum. Acad Sciences Paris 1880 ; 90 : 1301
- [13] JONES IT, FAZIO VW, JAGELMAN DG. The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. Dis Colon Rectum 1987 ; 30 : 919-923
- [14] LAIRD DR. Procedures used in treatment of complicated fistulas. Am J Surg 1948 ; 76 : 701-708
- [15] LEWIS P, BARTOLO DC. Treatment of transsphincteric fistulae by full thickness anorectal advancement flaps. Br J Surg 1990 ; 77 : 1187-1189
- [16] LILIUS HG. Fistula-in-ano, investigation of human foetal anal ducts and intramural glands and a clinical study of 150 patients. Acta Chir Scand 1968 ; (Suppl.) : 383-387
- [17] LOCKHART-MUMMERY JP. Discussion on fistula in ano. Proc R Soc Med 1929 ; 22 : 1331
- [18] MANN CV, CLIFTON MA. Re-routing of the track for the treatment of high anal and anorectal fistulae. Br J Surg 1985 ; 72 : 134-137
- [19] MARKS CG, RITCHIE JK. Anal fistulas at St Mark's Hospital. Br J Surg 1977 ; 64 : 84-91
- [20] MILLIGAN E, MORGAN C. Surgical anatomy of the anal canal with special reference to anorectal fistula. Lancet 1934 ; 1150-1213
- [21] NOBLE GH. New operation for complete laceration of the perineum designed for the purpose of eliminating danger of infection from the rectum. Trans Am Gynecol Soc 1902 ; 27 : 363
- [22] OHCHANGYU L. Management of high recurrent anal fistula. Surgery 1930 ; 93 : 390-393
- [23] PARKS AG. Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano. Br Med J 1961 ; 1 : 463-469
- [24] PARKS AG, GORDON PH, HARDCastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 1976 ; 63 : 1-12
- [25] PARKS AG, STITZ RW. The treatment of the high fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 1976 ; 19 : 487-499
- [26] PICOT M. Quatre observations de fistules anales extra-sphinctériennes. Mem Soc Nat Chir 1921 ; 17 : 642-647
- [27] ROBLES M. Un procédé de cure radicale des fistules à l'anus. Mem Soc Nat Chir 1932 ; 9 : 676
- [28] SCHONLEBEN K. Suppurating perianal inflammation. Colo-Proctol 1990 ; 90 : 116-120
- [29] SHOUTEN WR, Van VROONHOVEN TJ. Treatment of anorectal abscess with or without primary fistulectomy. Results of a prospective randomized trial. Dis Colon Rectum 1991 ; 34 : 1, 60-63
- [30] USTYNOSKI K, ROSEN L, STASIK J, SHEETS J. Horshoe abscess fistula. Seton treatment. Dis Colon Rectum 1990 ; 33 : 602-605
- [31] VIGNAL J, FRANCOIS Y. Les suppurations anales. J Med Lyon 1989 ; 70 : 95-98
- [32] WEDELL J, MEIER ZUEISSEN P, BANZHAF G, KLEINE L. Sliding flap advancement for the treatment of high level fistulae. Br J Surg 1987 ; 74 : 390-391