

Panfistulosis perianal

A propósito de un caso

Dres. Daniel Montano⁽¹⁾, Oscar Villánueva⁽²⁾, Alejandro Campos⁽²⁾, Daniel Varela⁽³⁾

Resumen

La fístula perianal es una enfermedad benigna de frecuente consulta en los Servicios de Cirugía. Los autores presentan un caso con múltiples fístulas anorrectales complicadas. Es muy poco frecuente y requiere consideraciones diagnósticas y terapéuticas particulares. Dadas las limitaciones en el diagnóstico clínico, varios procedimientos paraclínicos se han sugerido para la evaluación preoperatoria. Se analizan elementos anatómicos, patológicos, de la paraclínica y el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave:

Fístula rectal
Absceso
Ano

Abstract

Perianal fistula is a very frequent benign disease requiring Surgery.

Clinica Quirúrgica «1» - (Director Prof. Dr. G. Estapé). Hospital Pasteur - Facultad de Medicina Montevideo

The authors present a case with multiple complicated anorectal fistulas. It is a rare type and diagnosis and treatment involve specific aspects that have to be taken into account. Given the limitations of preoperative clinical assessment, several diagnostic procedures have been suggested to aid the surgeon during preoperative evaluation.

The paper refers to the analysis of anatomic and pathologic aspects to be evaluated prior to and during surgical treatment.

Key Words:

Rectal Fistula
Abscess
Anus

Introducción

La patología anorrectal, muy común en la práctica médica, ha ocupado un lugar apartado debido aún a ciertos factores psicosociales y culturales.

Motiva el comentario de este caso clínico revisando algunos aspectos del tema, el tratarse de una presentación compleja poco frecuente.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay en la Sesión Científica del día 27 de junio de 2001.

⁽¹⁾ Prof. Adjunto Clínica Quirúrgica "I"

⁽²⁾ Residentes de Cirugía General

⁽³⁾ Prof. Agdo. Clínica Quirúrgica "A"

Correspondencia: E-mail: drdmontano@adinet.com.uy

La panfistulosis perianal está comprendida dentro del capítulo de la patología anorrectal benigna constituida por los abscesos y fistulas perianales, diferentes manifestaciones evolutivas de una misma patología. Los abscesos perianales constituyen la etapa aguda de la enfermedad mientras que las fistulas perianales corresponden a la etapa crónica de la misma.⁽¹⁾

El conocimiento de la anatomía del conducto anal y región perianal es de suma importancia en este tipo de patologías, ya sea para su correcto diagnóstico como para el tratamiento, disminuyendo así los riesgos de lesiones iatrogénicas del aparato esfinteriano.

Tucker y Helwig han demostrado el importante rol de las glándulas anales en la génesis de supuraciones anorrectales⁽²⁾. Estas se sitúan en la submucosa en el espesor del esfínter interno, y fundamentalmente en el espacio interesfinteriano.

Los espacios anorrectales están ocupados por tejido céluo-adiposo y constituyen el lugar de origen y diseminación de los procesos infecciosos.

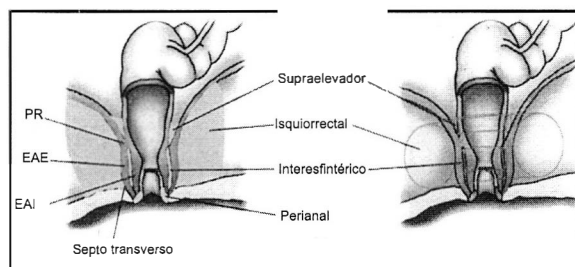


Fig. 1. Espacios anorrectales⁽³⁾

Abscesos anorrectales

Se definen como toda colección purulenta en el área ano-rectal.

Son 3 veces más frecuentes en el hombre.

El 80 - 90% son secundarios a la infección de las glándulas perianales (teoría del origen criptoglandular -Morson y Parks).⁽³⁾

El absceso primario, tiende a propagarse como en toda la patología infecciosa, siguiendo las vías naturales, los espacios anorrectales, dando lugar a la formación del absceso definitivo.^(4, 5, 6)

El otro 10 - 20 % es secundario a traumatismos, cuerpos extraños, fisuras o infecciones post hemorroidectomía, enfermedad de Crohn, etc.⁽⁷⁾

La diseminación del absceso se produce hacia la margen anal, originando abscesos perianales propiamente dichos (60%), o abscesos subcutaneomucosos (1%)^(4, 8). Cuando difunden en sentido ascendente pueden atravesar el nivel de los elevadores, constituyendo abscesos pelvirrectales superiores o supraelevadores (4%). En sentido transversal pueden atravesar los haces del esfínter externo, constituyendo los abscesos isquiorrectales (20%). En sentido circular pueden originar abscesos en herradura.

Fístulas perianales

La secuela de los abscesos perianales son las fistulas perianales. Según la clasificación de Parks.^(3, 8, 9, 10)

A- Fístula Intersfinteriana: tipo más común (30-60%), corresponde a la secuela de un absceso perianal. El trayecto atraviesa el esfínter interno y discurre en el plano interesfinteriano hasta el margen anal.

B- Fístula transesfinteriana: frecuencia 21-48%, resultado de un absceso isquiorrectal. El trayecto atraviesa ambos esfínteres hasta la fosa isquiorrectal y la piel.

C- Fístula supraesfinteriana: Poco frecuente (2-12%). Resulta del drenaje de un absceso supraelevador a través del músculo elevador del ano y de la fosa isquiorrectal.

D- Fístula extraesfinteriana: El tipo menos frecuente (1-7%). El trayecto fistuloso comunica a través de la fosa isquiorrectal y los músculos elevadores la pared rectal con la piel perianal, sin relación con los esfínteres anales. Son de origen criptoglandular, resultado de la perforación iatrogénica del recto consecuencia del sondaje forzado al tratar de localizar el orificio interno de una fístula transesfinteriana. En otros casos pueden ser el resultado de lesiones penetrantes del peri-

né, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer etc. Pueden extenderse en herradura alrededor del ano en cada uno de los espacios perirrectales.

El diagnóstico es clínico siendo la exploración bajo anestesia en la mayoría de los casos, la mejor forma de definir la anatomía de la fistula y su relación con el complejo esfinteriano.

La región perianal debe ser cuidadosamente explorada para localizar el/los orificio/s externo/s, los trayectos fistulosos.

La localización del orificio externo en relación con la línea transversa del ano -regla de Goodsall- se ha utilizado para predecir la dirección del trayecto fistuloso y localizar el orificio interno, sobre todo para las fistulas con orificio externo posterior.

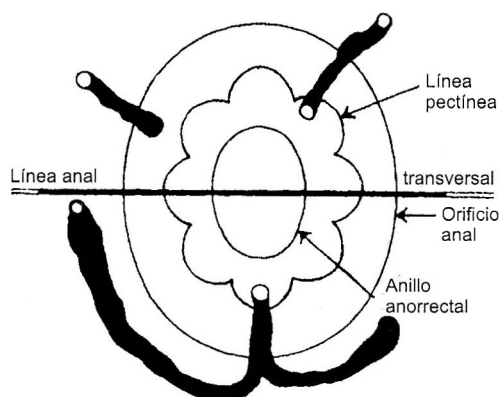


Fig. 2. Regla de Goodsall⁽⁷⁾

Las fistulas con su orificio externo por delante de la línea anal siguen generalmente un curso directo hacia el ano, mientras que aquellas cuyos orificios se encuentran por detrás de dicha línea tienen un recorrido curvo hacia la línea media posterior a la altura de la línea dentada.^(7, 8, 9) La exploración endoscópica permite identificar el orificio interno fistuloso, su topografía, y descartar trastornos colorrectales primarios (Crohn).

La TAC es útil para identificar abscesos anorrectales profundos, presentando escasa resolución de tejidos blandos, no permitiendo distinguir los ele-

vadores o el esfínter del ano, por lo que es poco utilizada en la valoración preoperatoria de la fistula de ano.

La fistulografía tampoco es de mayor valor ya que es difícil la interpretación de las imágenes. Su realización se reserva para el caso de fistulas especialmente complejas o recidivadas⁽³⁾

La ecografía endoanal proporciona excelentes imágenes y está indicada en todas las fistulas complejas, tanto para delinear el trayecto fistuloso primario y secundario, como para valorar la existencia de posibles cavidades de abscesos.^(3, 11)

El uso de peróxido de hidrógeno inyectado por el orificio fistuloso, aumenta la sensibilidad del estudio.^(3, 12)

La RNM permite distinguir tejidos blandos en diferentes planos, identificando con exactitud, tanto los trayectos fistulosos como el orificio interno. Es la técnica más eficaz en la evaluación preoperatoria de los pacientes con una fistula perianal compleja.^(13, 14, 15)

Las imágenes obtenidas por RNM permiten clasificar las fistulas perianales⁽¹⁶⁾

Grado 1 - 2: fistula interesfinteriana simple - sin afectación de la fosa isquioanal o isquiorrectal.

Grado 3 - 4: fistula transesfinteriana o supraesfinteriana - con compromiso de la fosa isquioanal o isquiorrectal.

Grado 5: fistula supraelevadora.

El valor de las imágenes obtenidas por RNM con contraste es tal que algunos autores lo consideran superior a la exploración quirúrgica inicial.⁽¹⁷⁾ La reciente aplicación de una antena endoanal o endocoil ha servido para obtener imágenes más detalladas de las fistulas y sus extensiones.^(3, 18)

Es de suma importancia la documentación preoperatoria de la continencia anal desde el punto de vista quirúrgico y médico-legal.

Historia clínica

Sexo masculino, 51 años. Procedente de Montevideo.

FI: 24 - 01 - 2001.

MC: dolor y supuración perianal.

EA: comienza 20 días antes del ingreso con dolor a nivel perianal y ambas regiones glúteas, notando en la evolución supuración en dicha topografía. Escaso prurito anal.

No fiebre ni chuchos de frío. No alteraciones del tránsito digestivo alto ni bajo. No alteraciones del tránsito urinario.

AEA: desde hace 5 años múltiples consultas por procesos supurados perianales que requirieron drenaje quirúrgico en el servicio de emergencia.

AP: epiléptico - retardo mental.

Examen físico

Lúcido. Buen estado general. Apirético.

PyM: bien coloreadas e hidratadas.

Cuello y LG: sin particularidades, no adenomegalias.

PP: ventilan bien ambos campos pulmonares, sin estertores.

CV: FC. 80 cpm, tonos normofonéticos, sin soplos, PA 120/70 mmHg.

Abdomen: globuloso, blando, depresible, indoloro y sin visceromegalias.

Inspección anoperineal: piel eritematosa, con rubor y calor local, con múltiples orificios fistulosos en ambos glúteos y región perianal, con supuración en forma espontánea y a la expresión manual. No fetidez. Cicatrices anfractuosas en ambos glúteos, de procesos drenados previamente.

TR: esfínter de tonicidad normal, canal anal y ampolla rectal sin lesiones. No dolor. Materias normocoloreadas al guante.

Paraclínica

Fistulografía (02-02-2001).

Se logra cateterizar un solo orificio fistuloso en glúteo derecho, que permite introducir hasta 1,5

cm, observándose un trayecto corto y superficial y en comunicación con otros orificios fistulosos.

Videocolonoscopia (06-02-2001).

IAP: múltiples orificios en región glútea y perianal.

A nivel de recto bajo se observan 2 áreas de similares características, redondeadas, polilobuladas, induradas y sobreelevadas, con Pit Pattern normal. Impresiona corresponder a áreas cicatrizales de orificios internos de las fistulas.

Se intenta colorear la fístula desde los orificios externos no logrando el pasaje del colorante. Resto de la mucosa sin lesiones.

Resonancia nuclear magnética (20-03-2001). (Fig. 3)

No hay evidencias de lesiones óseas ni alteraciones en articulaciones coxofemorales, músculos de la región ni planos subcutáneos.

Órganos intrapelvianos sin alteraciones demostrables. No evidencia de colecciones de líquidos patológicas en la pelvis. No signos de abscesos perirrectales.



Fig. 3. RNM corte coronal:

Se objetiva la presencia de una imagen compatible con un trayecto fistuloso latero rectal izquierdo posterior y ascendente, en comunicación con la luz rectal.

De los exámenes de laboratorio, se solicitó: hemograma, glicemia, funcionalidad renal, funcionalidad hepática, ionograma, crisis sanguínea,

cuyos resultados estuvieron dentro de parámetros normales. HIV no reactivo

Tratamiento

PREOPERATORIO

Varios aspectos cobraron relevancia en el tratamiento preoperatorio:

- 1- Valoración general y compensación de patologías intercurrentes
- 2- Correcta higiene perineal
- 3- Curación dos veces al día de región perineal y lavado con clorión y suero fisiológico de los trayectos fistulosos
- 4- Tratamiento antibioticoterápico dirigido a gérmenes de la flora cutánea.

Ante el fracaso de este tratamiento, ya que luego de una mejoría inicial recidivó el proceso infeccioso (o quizás persistió), se decidió intervenir quirúrgicamente de coordinación.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Con el diagnóstico de panfistulosis perianal se interviene quirúrgicamente de coordinación el día 29-03-01.

Con el paciente en decúbito ventral se realiza el examen bajo anestesia, con el objetivo de definir la anatomía de las fistulas y determinar la relación de los trayectos fistulosos con el complejo esfinteriano.

Se exploran los trayectos fistulosos, comenzando por el glúteo derecho, desde el orificio externo hasta alcanzar el orificio interno utilizando un estilete el que aflora en la luz rectal a nivel de la línea criptopapilar.

El trayecto fistuloso se pone a plano desde el orificio externo, guiado por el estilete que canaliza el trayecto.

Siguiendo el tejido de granulación se reseca el sector comprometido, tratando de ser lo más económicos posibles en la resección de piel.

Se identifican y canalizan los trayectos fistulosos secundarios, los que se desconectan del primario y se resecan.

Se continúa con la disección de todo el trayecto hasta el plano de los esfínteres. Se objetiva los esfínteres y el trayecto que se introduce entre ellos. Se comprueba por tanto que se trata de una fistula interesfinteriana.

Se pasa una sonda Nelaton a través del trayecto fistuloso, la que nos guiará para completar la resección del trayecto, y actuará como seton, quedando éste pasado entre ambos esfínteres.

En el lado contralateral se identifican de igual forma los diferentes trayectos fistulosos, procediendo a su resección. Se objetiva un trayecto fistuloso extraesfinteriano alto, así como 2 trayectos fistulosos secundarios.

Debido a la extensa resección se optó por dejar un drenaje en el glúteo izquierdo, conectado a un sistema aspirativo.

Al igual que en el lado contralateral se deja colocado un seton.

Se realiza una correcta hemostasis y cierre de piel, dejando un sector mechado, finalizando de esta forma la cirugía.

Anatomía patológica

MACROSCOPÍA:

Se reciben 5 fragmentos, 4 de ellos con piel y celular subcutáneo.

Se reconocen orificios en la superficie. Al corte se aprecian múltiples trayectos fistulosos y tejido fibroso que le rodea.

MICROSCOPÍA:

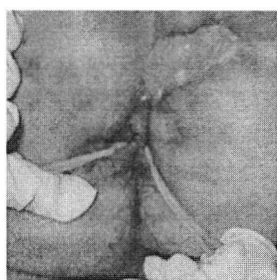
Secciones de piel donde se aprecian múltiples fistulas revestidas por epitelio malpighiano, con reacción de cuerpo extraño a material amorfo.

Presencia de abscesos y tejido de granulación y fibrosis periférica. Infiltrado crónico. Ausencia de malignidad en el material examinado.

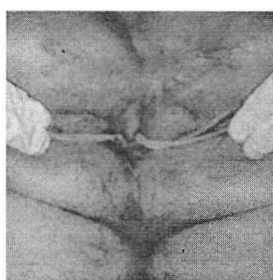
EVOLUCIÓN.

Respecto al uso del sedal o seton, éste se basa en la hipótesis de que la reacción inflamatoria crónica y fibrosis inducida por el cuerpo extraño alrededor del trayecto fistuloso previene la aparición de incontinencia al producir la sección esfinteriana en forma diferida.

El sedal se anuda alrededor del trayecto fistuloso sin apretar el músculo, ajustándolo con la tensión adecuada, para que el paciente no presente dolor. Éste se cae habitualmente en forma espontánea alrededor de seis u ocho semanas más tarde, completando así la sección musculo-cutánea.



4ª semana



8ª semana

Fig. 4 Evolución postoperatoria

A la 4ª semana, buena evolución de las heridas operatorias, con adecuada cicatrización en glúteo izquierdo, y tejido de granulación sin elementos infecciosos en glúteo derecho. No se observaron recidivas y la continencia esfinteriana no se vio alterada. Se procedió a ajustar los dos setones.

A la 8ª semana se observa la cicatrización casi total de las heridas y la presencia de los setones que se ajustaron nuevamente.

En un control posterior, a la 10ª semana, se objetivó la completa cicatrización de las heridas y la ausencia de los setones, los que se habían caído espontáneamente.

Conclusiones

Se trata de una patología benigna, frecuente motivo de consulta.

Los abscesos y fistulas anales constituyen diferentes manifestaciones de una misma enfermedad.

El tratamiento de esta patología debería estar a cargo de un equipo quirúrgico experimentado.

La resolución de la etapa aguda de la enfermedad se basa en un adecuado conocimiento anatómico, lo que permite un correcto diagnóstico y tratamiento, disminuyendo así el riesgo de lesiones iatrogénicas del aparato esfinteriano así como la evolución a la etapa crónica de la enfermedad.

Para el tratamiento de la etapa crónica de la enfermedad, existen diferentes modalidades, no existiendo una técnica estándar, por lo cual se deberá emplear aquella que se adecue a la anatomía del paciente y a la experiencia del cirujano.

La presentación en forma de panfistulosis, como el caso analizado, es poco frecuente, y requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico diferente. Seguramente se llegó a esa etapa de la enfermedad debido al tratamiento incompleto a que fue sometido el paciente en las múltiples consultas e intervenciones previas.

Bibliografía

- 1) Fry, R. Enfermedades benignas anorrectales. In: Maingot R. Operaciones abdominales, 10ª ed. 1998. p. 1339-56.
- 2) Estapé G, Quagliotti J. Anatomía del recto. Montevideo: Ed. de la Plaza; 1986.
- 3) Lledó S. Abscesos y fistulas del ano. In: Asociación Española de Cirujanos, eds Cirugía colorrectal. Madrid: Aran; c 2000. p. 109-27.
- 4) Bermúdez J, Rompan O, Veirano G, Gutiérrez F. Abscesos y fistulas perianales. Cir Uruguay 1983; 53 (5); 370 - 4.
- 5) Veirano G, Bermúdez J, Rompan O. El absceso interesfinteriano como causa de dolor abdominal crónico. Cir Uruguay. 1985; 55 (1): 28-31.
- 6) Bermúdez J, Veirano G, Rompani O. Absceso y fistula originados o diseminados por encima de los elevadores. Cir Uruguay. 1988; 58 (1): 28-30.
- 7) Goligher J. Absceso anorrectal - fistulas de ano. In: Cirugía del ano, recto y colon. 2ª ed. Barcelona: Salvat; 1987. p. 159 - 209.
- 8) Keighley M. Trastornos anorrectales. El dominio de la cirugía. 3ª ed. Bs. As: Panamericana, 1999. 146A; 1683 - 1705.

- 9) Gordon P. Abscesos anorrectales y fistula anal. In: Zuidema Cirugía del aparato digestivo. 3ª ed. Bs. As: Panamericana, 1993. 26; 377 - 89.
- 10) García-Aguilar J. Fistulas perianales. Curso internacional de cirugía colo-recto-anal; 8º, 2000. Hospital Italiano. Bs. As. Argentina.
- 11) Piccinini E, Rosati G, Ugolini G, Marroccu S, Del Governatore M, Conti A. Transanal ultrasonography in the study of fistulas of perianal abscess. *Minerva Chir* 1996; Sept; 51(9): 653-9.
- 12) Poen A, Felt-Bersma R, Eijssbouts Q, Cuesta M, Meuwissen S. Hydrogenperoxide-enhanced transanal ultrasound in the assessment of fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 1998 Sept; 41(9): 1147-52
- 13) Madsen S, Myschetzky P, Heldmann U, Rasmussen O, Thomse H. Fistula in ano: evaluation with low-field magnetic resonance imaging (0.1 T). *Scand J Gastroenterol* 1999 Dec; 34(12): 1253-6.
- 14) Spencer J, Chapple K, Wilson D, Ward J, Windsor A, Ambrose N. Outcome after surgery for perianal fistula: predictive value of MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 1998 Aug; 171(2): 403-6
- 15) Scholefield J, Berry D, Armigate N, Wastie M. Magnetic resonance imaging in the management of fistula in ano. *Int J Colorectal Dis* 1997; 12(5): 276-9
- 16) Morris J, Spencer J, Ambrose N. MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management. *Radiographics* 2000 May-Jun; 20(3): 623-35; discussion 635-7.
- 17) Chapple K, Spencer J, Windsor A, Wilson D, Ward J, Ambrose N. Prognostic value of magnetic resonance imaging in the management of fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 2000; 43(4): 511-6.
- 18) Hussain S, Stoker J, Schouten W, Hop W, Lameris. Fistula in ano: endoanal sonography versus endoanal MR imaging in classification. *Radiology* 1996 Aug; 200(2): 475-81.