

TERAPEUTICA QUIRURGICA.

Fístula del ano.

Quien quiera que haya tenido a cargo un servicio hospitalario quirúrgico y aún aquel que sólo se haya ocupado en la práctica general civil, se habrá convencido de lo frecuente que son los padecimientos fistularios de origen ano-rectal.

En vista de esa frecuencia estaría uno inclinado a pensar que a la hora actual se habría pronunciado la última palabra sobre el tratamiento de las fístulas ano-rectales.

Nada más inexacto.

Los lineamientos generales del tratamiento de las afecciones a que aludo, casi permanecen los mismos desde los tiempos de Luis XIV, condensándose en esta palabra: desbridación.

De entonces a la fecha el tratamiento por excelencia de las fístulas del ano consiste esencialmente en desbridar. Es cierto que se ha añadido la excisión del canal y la sutura inmediata del mismo para obviar la posible y desagradable emergencia de producir quirúrgicamente una incontinencia de materias fecales, por el defectuoso funcionamiento de un esfínter seccionado en toda su altura o en parte solamente.

Cierto es que en tratándose de fístulas simples con esos recursos se triunfa casi siempre; pero hay otras fístulas más difíciles de tratar, que resisten a repetidas intervenciones, después de las cuales no es raro que los pacientes queden en peores condiciones que antes del tratamiento.

Sobre este último género de fístulas voy a decir algunas palabras sugeridas por mi experiencia personal.

Concretándome exclusivamente a las fístulas de origen ano-rectal, frente a las fístulas simples de un solo trayecto completo o incompleto, constituyendo estas últimas fístulas ciegas, hay que reconocer un grupo de fístulas muy importante: son las fístulas llamadas complicadas y que se caracterizan por la multitud de sus orificios y por la variación en las sinuosidades y ramificaciones de sus conductos.

En lo general estas fístulas aparecen a primera vista como si fueran ciegas externas. Los orificios que cribar pueden el perineo suelen ser tan numerosos que justifican la denominación de fístula en regadera, pudiendo estar situados a uno y otro lado del ano, cerca del coxis, en los límites crurales de las regiones glúteas, sobre el escroto, en los labios grandes, en la vagina.

Explorando los conductos, en algunos se detiene el estilete más delgado apenas a pocos milímetros de profundidad; ya se puede pasar fácilmente de un conducto a otro, bien se puede dar el caso de que un orificio perineal comunique con la vagina, como si se tratase de un padecimiento del todo extraño a las infecciones ano-rectales.

Estos caracteres anatómicos, pero sobre todo la marcha tórpidas de tales padecimientos coexistiendo a menudo con lesiones tuberculosas viscerales, o al menos, presentándose en personas debilitadas por la edad o por otras causas, había hecho agrupar en globo este género de fístulas como manifestaciones tuberculosas.

Y la verdad es que muy a menudo sí se comprueba directamente su naturaleza tuberculosa. Pero parece que en otros casos se trata de procesos de otro género en los que ya por carencia de un tratamiento local apropiado o ya por condiciones de aminoramiento en la resistencia orgánica, se minan los tejidos perineales abriéndose bocas aquí y allá, mientras en otros lugares las emigraciones bacterianas subcutáneamente extienden su

acción destructora, que se denuncia por dolores más o menos vivos que los enfermos experimentan mucho tiempo antes de que se forme un nuevo orificio.

Anatomizando escrupulosamente las fosas isquio-rectales usando el procedimiento de inyectar las fístulas por la crema de yeso de París, se ha podido comprobar que ordinariamente es una lesión rectal profunda la fuente de la infección, la cual tiene su asiento con más frecuencia en el segmento posterior supraesfinteriano. Después vendría la fusión purulenta y de allí se ramificaría la lesión produciendo ya divertículos que acaban en fondo de saco en las diversas capas grasosas de la región o bien después de contorsiones variadas se abren en la piel perineal o los canales inmediatos.

Pero en el examen clínico sucede a veces que no es dable reconocer cuál es el trayecto troncal de la fístula, ni por otra parte es dable a la exploración visual o táctil descubrir la perforación rectal; de modo que en tales circunstancias no se tiene sino la apariencia de múltiples fístulas ciegas externas.

Entre los varios casos que he observado de fístulas de este género, voy a describir uno en detalle que se puede considerar como tipo de la especie. Se trataba de una señora como de 55 años que había sido mucho tiempo casada sin haber tenido hijos. No refirió antecedente alguno de familia, y en cuanto a los personales, la enferma tenía recuerdo de un padecimiento ginecológico de fecha lejana que fué diagnosticado como una perimetritis y del cual por lo demás había quedado curada. Una larga época acusó la paciente ciertas perturbaciones en la esfera del sistema nervioso, y que según dijo, en un tiempo fueron juzgadas como las manifestaciones de una lesión medular, pero sin duda erróneamente, porque esos síntomas siempre fueron vagos, no caracterizando jamás ningún cuadro definido y habiendo desaparecido espontáneamente en la menopausia. La salud general siempre había sido buena hasta hace cuatro años que a causa de fatigas físicas y morales comenzó a decaer y fué entonces cuando comenzó a sufrir del ano, sintiendo dolores profundos, de intensidad variable y marcados sobre todo en la noche. Pasaron cerca de dos años para que apareciera la primera fístula en el perineo. Pronto se formó otro orificio del

lado opuesto del ano y luego otro y otro más hasta haber llegado al estado en que entonces se encontraba.

Las pérdidas en pus nunca habían sido muy abundantes, el padecimiento había evolucionado casi apiréticamente; sólo algunos décimos de grado una que otra noche y de cuando en vez ligeros sudores.

Cuando la enferma se presentó al tratamiento ofrecía aspecto de sufrimiento; estaba enflaquecida y anémica, estado que ella atribuía menos a las pérdidas en pus por los múltiples orificios fistularios cuanto al insomnio que los dolores en las regiones glúteas le produjeran, y además por lo mucho que su ánimo se había preocupado con aquel doloroso, molesto y mortificante padecimiento.

La enferma tiene cierto grado de enfisema pulmonar hasta ahora compensado; fuera de esto no hay otra cosa en los órganos torácicos; tampoco los abdominales ofrecen nada especial. No hay actualmente perturbaciones reconocibles en la esfera de la motricidad, sensibilidad ni de los reflejos. Los genitales muestran la involución senil.

El perineo desde el coxis hasta la vulva, ofrece una gran cantidad de orificios pequeños, algunos de los cuales apenas dejan pasar el estilete. Cerca de la horquilla hay dos orificios comunicando por un corto trayecto con la vagina.

Los bordes de estos orificios son más bien deprimidos que salientes, la piel periférica no está alterada; el escurrimiento es de mediana cantidad y tiene el aspecto de pus seroso con grumos. No se encontraron bacilos de Koch. La palpación de la región determina en los puntos lejanos de los orificios fistularios dolores sordos.

Me tracé el plan de simplificar la fistula desbridando ampliamente la región isquio-rectal izquierda desde cerca de la vulva hasta el coxis, desbridando y termocauterizando los orificios del lado derecho que aparentemente no tenían ninguna relación con los del lado izquierdo.

Tanto al hacer la mencionada desbridación como en los días subsecuentes fué preciso añadir algunas desbridaciones secundarias de conductos terminados en fondo de saco en el tejido celulo-grasoso de la región.

El resultado de aquella intervención fué que aquellas nume-

rosas fístulas perineales quedaron reducidas a dos; una a cuatro centímetros del borde izquierdo del ano en el fondo de la incisión longitudinal, cuyas extremidades se habían cicatrizado segando multitud de orificios, y penetrando profundamente en la fosa isquio-rectal; otra sobre el gran labio derecho muy cerca de la horquilla, comunicando con la vagina a pocos centímetros del introito.

Fué entonces cuando queriendo satisfacer los deseos de la enferma de verse librada de aquella molesta lesión, me propuse oponerle una terapéutica quirúrgica razonada y meditando sobre lo mejor que hacer pudiera en el caso, rechacé la desbridación a través del aparato esfinteriano, intervención que en las circunstancias de que vengo tratando, caso de una infección de la sutura, inminente por los caracteres propios de la región, expondría seriamente a producir una incontinencia traumática de las materias fecales.

Y entonces hice este razonamiento: la fístula es completa o ciega externa; si esto último ¿cómo justificar la división de los esfínteres? Si, por lo contrario, es completa, ¿por qué no aplicar la técnica general para la oclusión de las fístulas?

Luego, en lugar de una intervención, ciega en cierto modo, y en todo caso rutinaria, era preferible otra inspirada en los procedimientos modernos de la cirugía.

Bajo la protección de la anestesia raquidiana, que parece creada para la cirugía ano-rectal, procedí a la dilatación del ano, no encontrando por la inspección cuidadosa del interior del recto, orificio alguno.

En seguida, por una incisión semilunar periférica al orificio anal, pude diseccionar cuidadosamente el recto hacia arriba de la porción esfinteriana y del extremo superior de la fístula, no encontrando ninguna perforación rectal y comprobando la independencia del trayecto fistulario, cuya extremidad superior terminaba en dedo de guante, pasando entre los haces del elevador del ano, en el tejido celular de la región.

Entonces, de arriba a abajo integralmente fué extirpado el canal fibroso fistulario, y una vez repuesto el recto, se suturó la incisión dejando el indispensable drenaje.

Esta intervención fué curadora, acabando con todos los orifi-

cios fistularios; pues seguramente el de la vagina era mantenido por el que acabo de describir.

Esta conducta, con ligeras modificaciones, es la que he seguido en casos semejantes, apartándome de la rutinaria práctica de convertir una fístula ciega externa en completa, si para esto había que seccionar completamente el aparato esfinteriano, a fin de no exponer al paciente a la incontinencia fecal.

Para concluir diré: que las fístulas múltiples del ano, a no ser en aquellos casos en los que la piel de la región está extensa e inconcusamente tuberculizada, son del dominio del tratamiento local que consistirá esencialmente en la completa excisión de los canales y la obstrucción del orificio rectal, si lo hubiere, en lugar de la antigua desbridación a través del aparato esfinteriano.

México, febrero de 1912.

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ.