

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

EVALUACION DE LA FISTULA ANAL Y SU TRATAMIENTO

Br. OSCAR ROLANDO CASTILLO MONTALVO

Asesorada por: Dr. JULIO R. PINEDA

Revisada por: Dr. JULIO R. PINEDA

Guatemala, abril de 1966.

INDICE:

ODUCCION.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS.

MATERIAL Y METODOS.

TULO I:

Definición	1
Clasificación	1
Etiología y Patogenia	3
Patología	5

TULO II:

Manifestaciones Clínicas	6
Diagnóstico	7
Diagnóstico Diferencial	9

TULO III:

Pronóstico	10
Tratamiento	11

TULO IV:

Presentación de Casos y Discusión	15
-----------------------------------	----

CLUSIONES 23

BIBLIOGRAFIA 24

I N T R O D U C C I O N :

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS :

Perfectamente sabido es que, en el extranjero muchos trabajos se han realizado con relación al análisis de la fístula anal; es así como podemos darnos cuenta de las obras de: Nesselrod, Gabriel, Bacon, Goligher, etc., obras maestras en las que la afección se nos presenta detalladamente, después del análisis de grandes series de casos. Numerosas son también las publicaciones que constantemente aparecen en revistas, de la talla de la de la Sociedad Americana de Proctología, Sociedad Americana de Cirugía, etc.

De lo anterior, desprendemos que, en otros países la fístula anal ha sido exhaustivamente estudiada; sin embargo, en nuestra patria nada ha sido escrito al respecto. Ello significa, que no podemos hablar de la incidencia de la enfermedad, ni de clasificarla según las características que presente en nuestros pacientes, ni de las manifestaciones clínicas más usuales observadas aquí, ni evaluar el mejor tratamiento en nuestro medio ambiente. Por lo tanto, el principal objetivo de esta tesis, es determinar los datos mencionados para poder conocer mejor la enfermedad en nuestros casos.

Por otra parte, deseamos determinar el trabajo realizado por el Primer Servicio de Cirugía de Hombres, Sección "A" del Hospital General, desde luego, relacionándolo exclusivamente con los pacientes que consultan por Fístula Anal.

MATERIAL Y METODOS:

El material de la casuística presentada, corresponde a los pacientes que ingresaron a la Primera Cirugía de Hombres Sección "A" del Hospital General de Guatemala, durante el lapso comprendido del primero de enero de mil novecientos sesenta, al veintiocho de febrero de mil novecientos sesenta y seis. Son en total sesenta y seis casos operados; sin embargo, por múltiples razones completamente ajenas a nuestra buena voluntad, sólo sesenta pudieron ser revisados y estudiados. Como podrá ser apreciado en las conclusiones, esta enfermedad no es infrecuente en nuestro medio, por otra parte su localización difiere un tanto de la encontrada en otras partes del mundo. En cuanto a su tratamiento, consideramos que el mejor procedimiento para curarla, es efectuar la Fistulectomía total, sin embargo como ello no es siempre posible, deberá recurrirse a otras modalidades terapéuticas que también dan buenos resultados.

CAPITULO I

DEFINICION, CLASIFICACION, ETIOLOGIA Y PATOGENIA Y PATOLOGIA

DE LA FISTULA ANAL

DEFINICION:

La palabra Fístula deriva del latín, y traducida literalmente, significa caña o tubo. Es definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas de la Editorial Salvat, como: "El trayecto patológico, consecutivo generalmente a un proceso de ulceración, que comunica de ordinario una superficie cutánea o mucosa con un órgano hueco interno y por el que sale pus o un líquido normal, desviado de su camino ordinario". Puede también definirse a una fístula en general, diciendo que es: la comunicación artificial, quirúrgica o experimental entre un órgano y una superficie mucosa o cutánea.

Deducimos de lo anterior que, una Fístula Anal, es un trayecto artificial usualmente inflamatorio, que comunica la mucosa ano rectal con la superficie cutánea vecina (perianal, glútea, perineal, etc.), o con la mucosa de una víscera vecina (vagina, vejiga urinaria, útero o incluso nuevamente con la mucosa rectal).

CLASIFICACION :

Una fístula anorectal, como un conducto que es, comprende un recorrido y dos agujeros; estos dos agujeros, antiguamente se-

denominaban externo o exterior e interno o interior. Según he
 os dicho una fístula anorectal, puede comenzar y terminar en
 a mucosa rectal; en consecuencia, es difícil determinar cuál-
 s el agujero interno y cual el externo. Por otra parte, algu
 as "fístulas" sólo presentan un agujero, terminando en un fon
 o ciego (los llamados Senos Fistulosos). Por estas razones,-
 en la actualidad se tiende a abandonar la denominación ya indi-
 cada para los agujeros de la fístula y prefiere llamárseles: -
 a) Agujero Primario, al agujero en el que la fístula tuvo su -
 origen y que generalmente es a nivel de una cripta de Morgagni
 en la línea dentada; y

b) Agujero Secundario, a aquel en el que la fístula termina.

Una fístula cuyos agujeros primario y secundario se abren en -
 la mucosa rectal sin comunicar a otra superficie, recibe el --
 nombre de FISTULA ANORECTAL INTERNA.

En contraposición, se llama FISTULA ANORECTAL EXTERNA, a aque-
 lla que comunica la mucosa anorectal con cualquiera otra super
 ficie cutánea o mucosa; exceptuando la rectal. Dentro de este
 grupo, existe un tipo especial de fístulas, en las que el agu-
 jero secundario se encuentra en la mucosa de alguna otra vísce
 ra (Utero, Vagina, Uretra, Vejiga Urinaria); fístulas que reci
 ben nombres específicos, tendientes a nominar la localización-
 del agujero secundario; por ejemplo, Fístulas Recto -vesical,
 Recto- Uterina, etc.

Como ya se expresó anteriormente, el Agujero Primario de una -
 fístula anorectal, usualmente se encuentra a nivel de la unión
 rectoanal, dentro de una cripta de Morgagni. Es éste el punto

por donde la infección generalmente penetra, para provocar el absceso que conducirá ulteriormente a la formación de la fístula; por lo general es único, aunque puede ser doble o múltiple. También el Agujero Secundario puede ser único o múltiple, y es uno de los sitios, por donde el absceso se "rompe" espontánea o quirúrgicamente.

Las fístulas anorectales, también suelen clasificarse en: Simple, Compuesta y Complicada.

FISTULA SIMPLE: Es aquella en la que un Agujero Primario comunica con un Agujero Secundario, mediante un trayecto uniforme y no tortuoso. Es ésta la variedad más común de encontrar, la más fácil de corregir y la más agradecida del tratamiento quirúrgico.

FISTULA COMPUESTA: Es aquella en la que uno o más Agujeros Primarios comunican con uno o más Agujeros Secundarios, por medio de trayectos tortuosos e irregulares.

FISTULA COMPLICADA: Es aquella en la que el trayecto comunica con un hueso enfermo de tuberculosis, actinomicosis, osteomielitis, etc. u otras estructuras vecinas que presenten patología agregada.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Una Fístula, es el paso subsiguiente a la formación de un absceso rectal; en consecuencia, la etiología de la primera, estará determinada por el origen del segundo.

Cualquier tipo de bacteria puede ser la causante del absceso rectal; pero naturalmente, el microorganismo causal por lo ge-

eral es de las clases que habitan normalmente colon y recto, -
erbigracia Escherichia coli, enterococo, estreptococos, esta-
illococos, etc.

El mecanismo de la formación del absceso es el siguiente: las
bacterias penetran a una cripta de Morgagni, e invaden y proli-
eran en el epitelio de la glándula, cuando se sobrepasa un ni-
el crítico de invasión, la pared de la cripta es rota y la in-
yección se disemina a los tejidos perirectales, hasta que lle-
a a formarse el absceso, que quedará circunscrito a alguno de
los tres espacios virtuales siguientes: Espacio Pelvirectal, -
Espacio Retrorectal y Espacio Isquirectal.

Constituido el absceso, tiende a dirigirse hacia el punto en -
el que, espontánea o quirúrgicamente se expulsará el pus colec-
tado. Queda en esta forma un absceso con dos desembocaduras, -
que al drenar crónicamente, formará la fístula con un Agujero -
Primario o de origen a nivel de una cripta; y otro Agujero Se-
cundario, o de salida de localización variable, según anoté an-
tes.

El mecanismo expuesto, por supuesto, no es el único que puede-
encontrarse; ya que cualquier pérdida en la continuidad de la
mucosa, puede ser la puerta de entrada para los microorganismos. Podemos entonces mencionar: fisuras anales, heridas pun-
tiformes, proctoscopías, cuerpos extraños, heridas no intencio-
nales del recto, inyecciones indicadas para el tratamiento del
prurito anal etc.

Es de suma importancia recordar que un absceso y fístula ano-
rectal, pueden ser provocados por otras entidades nosológicas-

omo Tuberculosis intestinal, Linfogramuloma venéreo, Actinomi-
osis, Carcinoma ano-rectal, infecciones pélvicas, Enteritis -
regional, Diverticulitis del colon, infecciones de prostata de
vesícula seminal y del tracto urinario, extravasaciones de ori-
na, Quistes pilonidales, y otras causas no directamente rela--
cionadas con el tracto anorectal. De todas las causas últimas
indicadas, la más frecuente es, la Tuberculosis; informando --
los diferentes autores, una incidencia sobre el total del dos-
al cinco por ciento.

PATOLOGIA:

Microscópicamente, las fístulas están caracterizadas por una -
cavidad longilínea de pocos milímetros de diámetro, que se a--
bre por dos agujeros en tejidos por lo demás sanos, conteniend-
do raras veces dilataciones.

Microscópicamente se encuentra un cuadro de una infección cró-
nica inespecífica, diagnosticable por la presencia de leucoci-
tos en su mayoría de tipo linfocítico, detritos celulares y fi-
brosis, bastante manifiesta con extensa reacción fibroblástica
y fibrocítica.

CAPITULO II

MANIFESTACIONES CLINICAS, DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DE LA FISTULA RECTOANAL

MANIFESTACIONES CLINICAS

Como ya se ha mencionado en múltiples oportunidades, en la inmensa mayoría de los casos, la fístula rectoanal es consecutiva al drenaje de un absceso perirectal, es por ello que los pacientes muy frecuentemente refieren molestias que son una mezcla de las dos entidades patológicas.

Son dos principalmente los síntomas atribuibles a la presencia de una fístula; el primero, es constante en todos los enfermos y consiste en la secreción de una sustancia líquida con características purulentas, que presenta mal olor y mancha la ropa. La producción de esta secreción en muchos casos es contante, - pero en otros es intermitente, teniendo períodos en los que no se produce, que alternan con otros de intensa secreción. La segunda molestia es el dolor, cuyas características varían de una a otra persona. Así mientras que en unas se presenta de moderada intensidad, en otras es muy intenso; y por último, en otras casi llega a desaparecer. Por otra parte, en cuanto al tipo de dolor, puede ser lancinante dando sensación de "pique-tazos" aunque puede ser constante o ardoroso.

Otras manifestaciones posibles pero poco frecuentes son: febrícula, ardor, prurito, hemorragia, etc.

La historia frecuentemente referida consiste en que, de inicio

variable, pero por lo general de 1 - 2 años, comenzó a padecerse de período de constipación o de diarrea, inmediatamente después aparece dolor anal o rectal, con las características ya descritas, a los pocos días aparece una tumefacción en las márgenes del ano, cuya molestia principal es el dolor, el enfermo comienza a hacerse "remedios caseros" o acude a un médico; el absceso así formado, drena su contenido purulento, ya sea espontáneamente como paso normal de la enfermedad o por incisión y drenaje practicado por el facultativo. A partir de entonces continúa la secreción purulenta, con el cortejo de molestias que provoca.

Como se entiende de lo anterior, las manifestaciones clínicas son provocadas por dos enfermedades proctológicas que se siguen: absceso y fístula.

DIAGNOSTICO:

La Fístula Recto-anal, es un diagnóstico de fácil manufactura debido a lo clásico de las manifestaciones clínicas ya descritas, lo que es comprobado sencillamente por el examen de la región enferma. Al realizar esto último, se encuentra en las márgenes del ano, un pequeño agujero de 2 - 5 mm. que corresponde al Agujero Secundario de la fístula, y por el cual no es raro comprobar la salida de 1 o 2 gotas de pus, ya sea espontáneamente o provocado por la expresión manual que el examinador efectúa. En otras oportunidades, las menos por cierto, el Agujero Secundario aparece cubierto por un repliegue cutáneo, dificultándose así en cierto grado su identificación; sin embar-

go, la introducción de un pequeño instrumento puntiagudo, permite localizarlo y provocar la salida del pus.

Cuando la fístula es de tipo interno, el agujero secundario es solo encontrado mediante la ayuda del procto o anoscopio.

El Agujero Primario de la fístula es detectable mediante dos maniobras diagnósticas; la primera consiste en la introducción del dedo enguantado en el recto, con la consiguiente palpación de la unión recto-anal, se siente entonces una depresión rodeada de una pequeña área indurada sobre la pared rectal. La segunda consiste en practicar una endoscopia, visualisándose así papilas anales inflamadas, con presencia de el orificio de la cripta enferma, enrojecido, edematoso y a veces supurante.

El trayecto de la fístula, es en algunos casos determinable mediante el tacto recal, palpándose entonces un cordón grueso, duro y fibrosado que sigue con bastante fidelidad el trayecto en mención.

Si alguno de los dos agujeros de la fístula no es encontrado, puede recurrirse al siguiente método: se introduce un estilete o una sonda acanalada a través del agujero conocido, se recorre con cuidado el trayecto y se aprecia la salida del instrumento por el agujero desconocido. Usualmente, ello es empleado para determinar el Agujero Primario mediante el conocimiento del Secundario.

El método anterior es, sin embargo, condenado por muchos autores por el peligro de traumatizar los tejidos, con la consiguiente producción de una falsa vía. Por esta razón es aconsejable retardar su práctica hasta que el paciente es llevado a-

sala de operaciones.

Por último, si aún existiera duda en la determinación de las partes de la fístula, puede introducirse a través del agujero conocido, 10 cc de una solución a partes iguales de agua oxigenada y azul de metileno, lo cual no sólo nos indicará el agujero desconocido, sino que localizará el trayecto, teniendo además la gran ventaja de que no lesiona ni forma trayectos falsos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Poco es lo que puede decirse acerca del diagnóstico diferencial de una Fístula Recto-anal, ya que su sintomatología clínica y hallazgos diagnósticos, son bastante característicos. Lo que si ocurre con cierta frecuencia, es el hallazgo de otro tipo de patología; tal es el caso de fístula y carcinoma anal, o fisuras, o úlceras rectales. En este último caso, ha de tenerse cuidado ya que puede suceder que el Agujero Primario se encuentre en el fondo de la úlcera, haciendo difícil la identificación del mismo. La patología agregada más frecuente son sin embargo, los hemorroides; en todos estos casos, deberá precisarse exactamente ambas entidades, ya que un examen superficial puede excluir del diagnóstico a la fístula, por ser de los dos procesos el menos ostensible y el más difícil de encontrar.

CAPITULO IIIPRONOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FISTULA ANAL:PRONOSTICO:

La fístula anal es una afección esencialmente benigna, que raramente provoca problemas de difícil solución; sin embargo, necesita que se le trate activamente para evitar complicaciones desagradables, ya que espontáneamente, cura en la excepción de los casos. Esta excepcional curación se efectúa por cualquiera de los dos mecanismos siguientes: 1- El tejido de granulación que la fístula tiene en el interior de su trayecto, prolifera y llega a ocupar por completo la luz de la misma. Este método es extraordinariamente raro de encontrar, al grado de que algunos autores dudan de su existencia; así Goligher afirma que personalmente nunca lo ha visto ocurrir. 2-El segundo mecanismo, ocurre en las fístulas pequeñas subcutáneas y consiste en que el epitelio escamoso de las vecindades penetra por el o los agujeros fistulosos, invade el trayecto, llegando a ocuparlo por completo. Esta forma es más factible que la anterior, pero de todas formas muy extraño de ocurrir. La degeneración maligna de una fístula anal, es posible e infrecuente; la misma se presenta en los procesos de larga evolución. Así tenemos que Rosser en 1931, informa de 14 casos en los que esta degeneración carcinomatosa ocurrió; siendo 7 de su propia observación y 7 reportados por otros autores antes que él. De ellos, histológicamente, 7 eran adenocarcinomas, 2 carcinomas coloides, 3 carcinomas de células escamosas,

carcinoma de células basales y 1 de carácter indeterminado. Gabriel en 1948, agrega 4 casos más a la literatura, de los - que 3 eran de tipo coloide y 1 de células escamosas. Por último Granet, informa de 3 casos más que completan la serie de 21 casos que han sido publicados.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que la degeneración carcinomatosa, ocurre a consecuencia de la irritación crónica que los tejidos de la fístula sufren durante muchos años.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la fístula anal, puede subdividirse en dos grandes ramas que son: Tratamiento Médico, y Tratamiento Quirúrgico. El Tratamiento Médico, tuvo gran auge a finales del pasado siglo, y consiste en la administración local de inyecciones, cuya substancia activa puede ser el Nitrato de Plata; sin embargo, por su gran poder cáustico, es susceptible de producir lesiones en los tejidos sanos, ya que por la intensa quemadura química que provoca, puede perforar el trayecto fistuloso.

Posteriormente se empleó subnitrato de bismuto al 33% en vaselina esteril y por último soluciones de quinina y uretano. El método se basa en que estas substancias impiden la secreción purulenta durante un tiempo suficiente para que los tejidos obliteren el trayecto. Este tipo de terapéutica ha caído en desuso y a la fecha no es empleado como regla general. Cabe hacer la salvedad de que en ciertas fístulas, como las pro-

ocadas por la Colitis Ulcerativa Crónica, en las que la cirugía agrava el cuadro, aún el método es de cierto valor.

El tratamiento quirúrgico se divide a su vez, en tres subgrupos: El primero consiste en la Fistulotomía, es decir practicar una incisión amplia del trayecto fistuloso, mediante bisturí que corta sobre una guía previamente introducida; posteriormente se deja que la herida practicada granule y cierre por segunda intención, el espacio que se ha dejado.

Es este el método clásico de tratamiento quirúrgico, y su conocimiento se remonta a los cirujanos de Pompeya. El instrumental empleado fue perfeccionado en el siglo XIV, época en la que Luis XIV Rey de Francia fue intervenido practicándosele este tipo de operación. A partir de entonces la enfermedad y su tratamiento ganaron gran popularidad, a tal grado que la era es llamada el Siglo de Oro de los cirujanos rectales.

Desde esa época el método ha sufrido algunas modificaciones que los diferentes autores han considerado convenientes, pero en esencia, continúa siendo la misma técnica, como según expliqué antes. El principal problema consiste en que algunas fístulas atraviesan el esfínter externo, en consecuencia si la fístula es seccionada, el esfínter corre la misma suerte; de allí surgió la controversia de cuánto de esfínter podía ser cortado, y después de múltiples polémicas, se concluye que la sección completa del esfínter externo siempre que la misma sea lineal, no provoca ningún problema de incontinencia. Sin embargo, ello no significa que deba abusarse de la maniobra.

Para corregir la sección esfinteriana, se han ideado múltiples medidas, de las cuales la mejor parece ser el llamado punto de sedal, por la cual los bordes musculares son aproximados; ello puede hacerse con material no absorbible o con seda negra, que deberá retirarse en el postoperatorio. Este último, a juicio de muchos autores favorece la formación de tejido fibroso y en consecuencia fija el esfínter a ese nivel, permitiendo la función del resto del músculo que permanece inalterada.

Debe recordarse que aquellas fístulas que atraviesan el anillo anorectal, se reparan por otros métodos explicados más adelante, ya que de lo contrario hay necesidad de seccionar ambos esfínteres e inevitablemente ocurrirá incontinencia total y en algunas oportunidades, prolapso parcial o total del recto.

El segundo método empleado fue preconizado por Hughes en 1953, y consiste en la fistulotomía tal y como en el método clásico ha sido descrita, luego es tomado un injerto de espesor completo de la piel del muslo y se aplica sobre la superficie cruciada. En realidad, este método no es más que una variante del anterior y tiene los inconvenientes de necesitar medicación pre y post-operatoriamente con drogas que esterilicen el tubo intestinal, con el objeto de que el injerto se logre; se necesita equipo especial y por último, los resultados no son siempre satisfactorios, ya que en las mejores manos tiene un margen de error del 25 al 35%. El mismo Hughes informa de solo un 80% de buenos resultados. Además así sólo pueden ser

tratadas las llamadas fístulas bajas, ya que en las regiones-
n que se seccionó mucosa, como es fácil de comprender, no es
posible aplicar un injerto de piel.

El último y tercer método, la llamada Fistulectomía, fue usa-
do por primera vez en 1856 por Chassaignac, pero rápidamente-
abandonado, popularizado nuevamente a finales de la cuarta dé
cada del presente siglo por Starr de Sidney; es en la actualii
dad el mejor método, el más empleado y el que mejores resultaa
dos proporciona.

Consiste en la resección amplia de la fístula, incluyendo los
tejidos sanos circunvecinos, con el objeto de no dejar ningun-
na porción de tejido enfermo que pueda ser el punto de parti-
da para la recidiva de la fístula.

Practicando la fistulectomía, ajustándose a las especificacioo
nes de la técnica, no hay ningún riesgo de producir inconti--
nencia, ya que si inadvertida o intencionalmente el esfínter-
es seccionado teniéndolo a la vista, es relativamente fácil -
de repararlo mediante la colocación de puntos que reunan los-
extremos cortados.

Este método da el 100% de curaciones y sólo del 1 - 2 % de re-
cidivas. Su post-operatorio es sencillo, fácil y rápido, pu-
diendo liberalmente egresarse al paciente al tercer día post-
operatorio y retornar a sus actividades a los ocho días.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE CASOS Y DISCUSION

Como se expresó en el apartado de la Introducción, los casos-informados en este capítulo, fueron extraídos de los Archivos Médicos del Hospital General, de pacientes ingresados a la -- Primera Cirugía de Hombres, Sección "A"; y corresponden al -- trabajo realizado en dicho Servicio desde el primero de enero de mil novecientos sesenta, al veintiocho de febrero de mil -- novecientos sesenta y seis. Como es natural, se trata de pa- cientes del sexo masculino, con excepción de dos casos de mu- jeres que fueron llevadas en consulta a la Sala.

Durante el tiempo indicado antes, se practicaron 1,549 inter- venciones quirúrgicas, de las que 66 fueron efectuadas con el fin de curar fístulas anales. Esto constituye el 4.26% del - total de operaciones, lo que nos permite aseverar que la enfer- medad no es infrecuente en nuestro pueblo, y que deberá tomar- se en cuenta al momento de hacer publicaciones con respecto a la patología nuestra.

Para una mejor comprensión de la exposición que haré, se divi- dirá el trabajo de la siguiente manera:

1 - EDAD DE LOS PACIENTES:

0 - 9 años	0 casos	0 %
10 - 19 años	4 casos	6.66 %
20 - 29 años	9 casos	15.00 %

30 - 39 años	21 casos	35.00 %
40 - 49 años	11 casos	18.33 %
50 - 59 años	9 casos	15.00 %
60 - 69 años	6 casos	10.00 %

La mayor incidencia se encuentra en la cuarta década, y a partir de ella, hacia menos o más edad, el número de casos disminuye progresivamente, al punto de que en la primera y en la octava décadas, ya no encontramos ningún paciente que sufra de fístula anal. Este dato está en completo acuerdo con los informes vertidos en otras partes, ya que clásicamente es aceptado que la enfermedad es del adulto joven.

2 - SEXO DE LOS PACIENTES:

No podemos garantizar datos estadísticos fidedignos al respecto, ya que como antes se apuntó, la casuística se extrajo de un Servicio de Cirugía de Hombres, y en consecuencia no se puede conocer la frecuencia en el sexo femenino.

3 - TIEMPO DE EVOLUCION:

0 - 1 año	26 casos	43.33 %
1 - 2 años	21 casos	35.00 %
2 - 3 años	6 casos	10.00 %
3 años	7 casos	11.66 %

La mayoría de los pacientes consultaron por molestias atribuibles a la fístula, que se iniciaron menos de un año antes de la consulta; otro gran porcentaje corresponde a enfermos cuya

evolución se remonta entre 1 y 2 años; de mayor evolución, -- los casos encontrados son bastante raros. Debo mencionar que la menor evolución corresponde a un paciente cuyas molestias--comenzaron 15 días antes del ingreso, y la mayor a un joven -- de 16 años quien refirió supuración anal desde el nacimiento.

4 - MANIFESTACIONES CLINICAS:

La historia referida por nuestros pacientes se resume así:

Supuración:	55 casos	91.66	%
Dolor:	48 casos	80.00	%
Tumefacción:	41 casos	68.33	%
Hemorragia:	15 casos	25.00	%
Ardor:	10 casos	16.66	%
Estreñimiento:	6 casos	10.00	%
Prurito:	6 casos	10.00	%
Diarrea:	3 casos	5.00	%

Según se aprecia, son tres las principales manifestaciones -- clínicas -supuración, dolor, tumefacción- siendo la primera -- prácticamente constante. En un segundo plano de importancia, se encuentra la hemorragia y el ardor; y por último molestias poco frecuentes son el estreñimiento, el prurito y la diarrea. Estos datos en nada difieren de los que nos llegan del extranjero, ya que según expuse en el Capítulo II, la supuración y-- el dolor se encuentran en casi todos los pacientes, y otras -- manifestaciones, aunque posibles, son estadísticamente inconstantes.

5 - NUMERO DE FISTULAS:

Unica:	51 casos	85 %
Doble:	6 casos	10 %
Múltiple:	3 casos	5 %

En la gran mayoría de los pacientes se encontró una sola fístula, siendo bastante raro encontrar en un mismo enfermo, dos o más trayectos independientes.

Se hace constar claramente, que este dato no se refiere al número de trayectos que una fístula pueda tener, sino que exclusivamente se relaciona, con la cantidad de procesos aislados entre sí.

6 - CLASIFICACION DE LA FISTULA:

Simple:	43 casos	71.66 %
Compuesta:	11 casos	18.33 %
Compuesta:	2 casos	3.33 %
Indeterminada:	4 casos	6.66 %

También en este rubro, los datos obtenidos se amoldan perfectamente a los conocimientos clásicos, ya que sabido es que la fístula simple es la más frecuente.

Los llamados "Indeterminados" se refieren a casos en los que en la papeleta, no se hace constar el tipo de fístula.

Los dos casos de fístulas complicadas corresponden a los siguientes pacientes:

F. C. O. de 66 años de edad que consultó, por hemorragia con sangre roja y rutilante, de 15 años de evolución, 7 meses des

Después, aparición de tumefacciones perianales dolorosas, que --
 luego drenaron material purulento, las cuales comenzaron a --
 crecer y sangraban con facilidad. Al examinarlo, se comproba
 con trayectos fistulosos y una proliferación yuxtapuesta al --
 ano. Se le practicó biopsia de la tumefacción mencionada, la
 que se informó como carcinoma de células escamosas. Con el --
 diagnóstico de Carcinoma del Canal Anal, se le intervino pract
 ticándosele resección abdominoperineal y posteriormente fistul
 ectomía.

En este caso surge la duda de cuál de las dos afecciones fue--
 primero; si el carcinoma se complicó posteriormente con fistul
 ectomía, se trataría de un caso interesante pero sin mayor
 importancia, pero si por la larga evolución de la historia --
 consideramos que lo que primero fue una benigna fístula, des--
 pués se convirtió en un cáncer, podría informarse mundialmen--
 te, el caso número 22 de una fístula anal con degeneración --
 carcinomatosa, según la literatura estudiada.

E. G. T. paciente de 34 años de edad quien consultó por tume--
 facción perineal de 3 años de evolución, que produce intermi--
 tentemente material purulento. Se le intervino practicándosee
 le Fistulectomía, el patólogo informó que el corte histológi--
 co era sospechoso de naturaleza tuberculosa, diagnóstico que--
 fue comprobado con exámenes de gabinete.

7 - LOCALIZACION:

Anterior:	29 casos	48.33	%
Posterior:	29 casos	48.33	%
Media:	3 casos	5.00	%
Indeterminada:	2 casos	3.33	%

No fue posible encontrar el porcentaje, en ninguna de las obras consultadas, de la localización exacta de las fístulas, sin embargo, todas están de acuerdo en que la variedad posterior, es la más frecuentemente encontrada. De nuestras estadísticas concluimos que las variedades anterior y posterior, están en igualdad de porcentaje y consecuentemente este dato difiere de los del extranjero.

8 - TRATAMIENTO:

Fistulectomía:	49 casos	81.66 %
Fistulotomía:	7 casos	11.66 %
Indeterminado:	4 casos	6.66 %

La forma en que se trataron los 60 casos revisados, fue quirúrgica lo que hace un 100%; es decir se procedió de la mejor forma recomendada actualmente.

En cuanto al tipo de intervención se practicaron preferentemente fistulectomías y por excepción otra modalidad quirúrgica como lo es la fistulotomía.

9 - TIPO DE ANESTESIA:

Raquídea:	55 casos	91.66 %
Local:	3 casos	5.00 %
General:	1 caso	1.66 %
Indeterminada:	1 caso	1.66 %

La raquianestesia, fue el método anestésico empleado por excelencia y aunque el mismo pudo emplearse en los 4 casos restantes, por indicación adecuada, prefirió usarse en un caso la general y en tres la local.

- COMPLICACIONES:

Uno solo de los casos presentó ningún tipo de complicación ni en el acto operatorio, como en el post-operatorio inmediato, ni en el tardío y todos los enfermos fueron dados de alta en buenas condiciones, para completar su total restablecimiento en forma ambulatoria.

- INFORME DE PATOLOGIA:

En la mayoría de los casos se tuvo informe patológico, y también en la mayoría el mismo fue informado como "Proceso inflamatorio crónico de naturaleza no específica."

Sin embargo, hubo sospecha de proceso tuberculoso; en algunos de los pacientes este diagnóstico fue comprobado, pero en otros no se encontró ningún indicio clínico ni de laboratorio que comprobara el proceso infeccioso a bacilo de Koch. Este dato es de suma importancia, porque confirma lo que escribe Oblinger, al decir que en la mitad del número de pacientes en los que se informa por parte del patólogo, como indicativo de tuberculosis, se comprueba dicha enfermedad, pero en la otra mitad no, pudiendo tratarse de micosis, reacción a cuerpo extraño u otro tipo de patología inespecífica.

2 - RECIDIVAS:

Los casos de enfermedad recidivada, los he dividido en dos grupos a saber:

- a) Recidivas previas: Bajo este título, se agrupan los casos de aquellos pacientes que fueron operados en otros servicios o en otros hospitales, y que al redivar la fístula, por una u otra razón, fueron reintervenidos en el

Servicio. En esas condiciones se encuentran ocho casos.

) Recidivas del servicio: De los sesenta casos operados, se encontró una recidiva, lo que constituye el 1.66%. Se trata de un paciente con una fístula anterior, al que se le -- fistulectomizó, y en el control post-operatorio que se le -- practicó quince días después, se comprobó la formación de -- nuevo trayecto fistuloso.

Como se ve, el índice de recidivas es muy satisfactorio, ya que los pacientes curados son 59, es decir el 98.33%.

CONCLUSIONES:

Preferentemente la Fístula Anal es una afección del adulto-joven, encontrando en nuestros pacientes, la mayor incidencia en la cuarta década.

Las manifestaciones clínicas más frecuentemente encontradas, en los pacientes estudiados, fueron supuración en el 91.66%, dolor en el 80% y tumefacción en el 68.33%.

La Fístula Simple es la más común, ya que se presentó en el 71.66% de los casos.

La Fístula Complicada forma el 3.33%. Hallada en 2 casos, uno presentaba cáncer del canal anal.

La variedad anterior de la Fístula fue tan frecuente como la posterior. Ambas se hallaron en un 48.33%.

A pesar de que en nuestro medio la tuberculosis es enfermedad común, sólo el 1.66% de nuestros enfermos presentaron fístula consecutiva a la infección por bacilo de Koch.

La Fístula Anal es una afección esencialmente benigna, que raramente provoca problemas de difícil solución; sin embargo, necesita que se le trate activamente para evitar complicaciones desagradables, ya que espontáneamente cura en la excepción de los casos.

La degeneración maligna de una Fístula Anal, es posible pero infrecuente; si ocurre, se presenta en los casos de larga evolución.

El tratamiento ideal para la Fístula Anal es la Fistulectomía. Nuestro índice de recidivas, es de 1.66%. Con el tratamiento se curaron 59 enfermos, es decir el 98.33%.

BIBLIOGRAFIA:

- Wickerman, Lauren. Surgical Pathology. St. Louis, C. V. Mosby, 1953. p. 350
- Bacon y otros. Atlas de Técnica Operatoria. Trad. de Atlas of Operative Technic Anus, Rectum and Colon por el Dr. José J. Castro y Sr. Arnaldo Harrington. Argentina, Librería y Editorial Bernardes, 1947. pp. 100 - 116.
- Gabriel, William B. The Principles and Practice of Rectal-Surgery. Quinta Edición. Springfield, Charles C. Thomas, 1963. pp. 289 - 351.
- Goligher, J. C. Surgery of the Anus, Rectum and Colon. Springfield, Charles C. Thomas, 1947. pp. 174 - 215.
- Nesselrod, J. Peerman. Fístula Anal. En Christopher, Frederick. Tratado de Patología Quirúrgica. Trad. de la Cuarta Ed. en inglés por Ramón Bertran. México, Editorial Interamericana, 1947. pp. 1181 - 1183 (V. II).
- Nesselrod, J. Peerman. Proctology in General Practice. Philadelphia, W. B. Saunders, 1950. pp. 113 - 138.
- Salvat Editores. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Octava Edición. Barcelona, Salvat Editores, 1962. pp. 503 - 504.
- Shackelford, Richard T. Surgery of the Alimentary Tract. Philadelphia, W. B. Saunders, 1955. pp. 1822 - 1865. (V. III)
- Turell, Robert. Diseases of the Colon and Anorectum. Philadelphia, W. B. Saunders, 1959. pp. 896 - 922. (V. II).