

- con enfoque en la biopsia. Pp. 42-43, Bogotá, 1990.
9. Habib, R & Girardin, E. Immunopathological findings in idiopathic nephrosis. Clinical significance of glomerular "immune deposits". *Pediatr Nephrol*, 1988, 2: 402-408.
  10. Glassock, R & Cohen, A. Primary glomerular diseases. P. 995. *In The kidney*. Brenner, BM & Rector, FC (eds), 3rd ed. WB Saunders Co. Philadelphia, 1986.
  11. Mamposo, F, Gonzalo, A & Tervel, J. Mesangial deposits of IgM in patients with the nephrotic syndrome. *Clin Nephrol*, 1981, 16: 230-234.
  12. Cavallo, T & Johnson, MP. Immunopathologic study of minimal change glomerular disease with mesangial IgM deposits. *Nephron*, 1981, 27: 281-284.
  13. Hay, W & Watkins, M. Renal disease epidemiology. An underdeveloped discipline. *Am J Kidney Dis*, 1988, 12: 454-457.
  14. Border, WA. Distinguishing minimal change disease from mesangial disorders. *Kidney Int*, 1988, 34: 419-434.

## Diagnóstico y tratamiento del absceso-fistula anal

Abraham Kestenberg, M.D.<sup>1</sup>, Clara Elena Duarte, M.D.<sup>2</sup>

### RESUMEN

A fin de conocer la frecuencia y características de los abscesos y fistulas anorrectales, se revisaron las historias clínicas de 26 pacientes durante un período de 3 años tratados en los hospitales Universitario del Valle y Mario Correa Renjifo de la ciudad de Cali, Colombia. Casi todas las fistulas se presentaron en hombres, con un promedio de edad de 42 años. La presentación más frecuente fue la fistula interesfinteriana. La mayoría de los pacientes se trató con fistulotomía y curetaje. En algunos casos, y de acuerdo con indicaciones específicas, se realizó avance de colgajo transanal. En un caso fue necesario practicar la operación de Kraske. Se discuten la etiología, los enfoques anatómicos, clínicos y quirúrgicos de estas lesiones. Se hace énfasis en que una comprensión adecuada de esta afección produce excelentes resultados con mínima morbilidad.

Una fistula es un trayecto anómalo por donde se comunican dos superficies revestidas de epitelio. Así pues, una fistula anal es un trayecto que se establece entre el área anorrectal y la piel del periné<sup>1</sup>.

La fistula anal es una enfermedad que predomina en hombres de edad media<sup>2</sup>. Casi siempre se manifiesta por la presencia de una pequeña masa o induración a nivel de la región perineal, que produce secreción

permanente, con frecuencia purulenta. En casi 50% de los enfermos hay historia de un absceso que se drenó en forma espontánea o por cirugía. En los casos de larga duración el episodio inicial puede ser tan remoto que el paciente por rareza lo recuerda.

Este artículo presenta la experiencia de 3 años en el manejo de una entidad, cuya única forma de manejo es quirúrgica y requiere prudencia y decisión, basadas en la experiencia del cirujano y el conocimiento completo de la morfología anatómica de la región y sus relaciones con el trayecto fistuloso.

Se discuten también las alternativas operatorias que se ofrecen al cirujano para resolver esta entidad relativamente común.

### MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias clínicas de 26 enfermos tratados entre abril de 1986 y mayo de 1989 en los hospitales Universitario del Valle y Mario Correa Renjifo, en Cali, Colombia, con el diagnóstico de fistula anorrectal. En el análisis se cuantificaron y describieron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución, tipo de fistula, manejo quirúrgico y recurrencia de la fistula.

A todo enfermo en quien, por su cuadro clínico se sospechó una fistula de ano, se le realizó un examen para tratar de encontrar el orificio externo (orificio secundario) de la fistula. En los casos en que éste no era fácilmente identificable se recurrió a la palpación bidigital del área anorrectal y se procuró hallar la

1. Docente Adjunto, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Residente, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

induración característica del trayecto fistuloso. Durante la anorrectoscopia se intentó localizar el orificio primario, y luego se procedió a introducir un explorador maleable por el orificio secundario para así definir, en lo posible, la topografía del trayecto.

Los enfermos se prepararon en el preoperatorio con enemas y previa anestesia conductiva en la mayoría de los casos, seguidamente de les colocó en posición de navaja. A continuación se procedió de nuevo a rectificar la anatomía de la fistula y a identificar el orificio interno.

Cuando con el explorador maleable o por inspección no era posible su identificación, se recurría al uso de agua oxigenada que se inyectaba por el orificio secundario para, en este caso, tratar de obtener el burbujeo característico que sale por el orificio primario. Una vez canalizada la fistula y establecido su trayecto, se definió el procedimiento quirúrgico que se realizaría.

Las alternativas quirúrgicas fueron: a) fistulotomía simple con curetaje del trayecto; b) avance transanal del colgajo mucoso y, finalmente, c) cierre del orificio primario y curetaje del trayecto realizado mediante operación de Kraske. Estas últimas alternativas recibieron preparación preoperatoria de colon mecánica y antibiótica.

El procedimiento lo realizó en todos los casos un cirujano de colon y recto o un residente bajo su supervisión. A los pacientes se les formularon analgésicos, ablandadores de materia fecal y se les dieron instrucciones para practicar baños de asiento en el postoperatorio. En quienes se realizó, colgajo transanal el régimen postoperatorio se cambió, pues en vez de ablandadores de materia fecal, se ordenaron drogas constipantes (loperamida) y se suprimió el uso de baños de asiento. Todos los pacientes recibieron control en la consulta externa, por lo menos una vez en los 15 días siguientes a la cirugía y después al mes y a los 3 meses.

## RESULTADOS

De los 26 pacientes, 77% eran hombres, en proporción de 4 a 1; las edades fluctuaban entre 20 y 67 años con un promedio de 42. La etiología de la fistula, se atribuyó en 92% de los pacientes a infección de las glándulas anales. En 2 casos la fistula era de origen traumático.

El tiempo de evolución de la enfermedad en 60% de los enfermos fue de 5 años, pero este período pudo ser mayor, debido a que por rareza los pacientes recordaban el episodio inicial del absceso.

Las fistulas se clasificaron de acuerdo con su localización y trayecto, según el esquema propuesto por Parks<sup>3</sup>. Casi todas las fistulas eran interesfinterianas, 57.7%; aunque 23% fueron transesfinterianas, y unas pocas extraesfinterianas, 7.7%; supraesfinterianas, 3.8%; y rectouretrales, 7.7%.

Se realizó fistulotomía y curetaje en 76.9% de los pacientes. En 6 (19.2%) casos se realizó avance de colgajo mucoso transanal y en 1 (3.8%) la fistula por ser extremadamente alta se manejó con operación de Kraske. Dos pacientes tenían colostomías previas. A un tercer enfermo con una fistula rectouretral se le hizo una colostomía 5 días después de haberle practicado un colgajo transanal, porque éste se infectó. A pesar de tal complicación la fistula no recidivó y 3 meses después se realizó el cierre de la colostomía. No se presentaron más complicaciones y sólo hubo 1 (3.8%) caso de recidiva en una paciente con una fistula transesfinteriana.

## DISCUSION

La teoría criptogénica es actualmente la hipótesis más aceptada acerca del origen de las fistulas anorrectales<sup>4</sup>. Una vez que se produce la infección de las glándulas anales el absceso resultante puede resolverse y no volver a recurrir. Otras veces el proceso puede tomar un curso crónico con reactivaciones esporádicas y drenaje casi permanente de material purulento.

En la mayoría de los casos esta entidad se origina como lo describió Lockhart-Mummery<sup>5</sup> en 1929 en la infección de las glándulas anales. En 1956 Eisenhammer<sup>6</sup> sugirió que las glándulas terminaban en el espacio interesfinteriano y que de allí la infección se diseminaba en diferentes direcciones, para originar así una variedad de abscesos con sus correspondientes fistulas. Las glándulas anales en número de 6 a 10, son estructuras que secretan moco; se abren a nivel de las criptas en la línea dentada y sus ramificaciones tubulares penetran el esfínter interno y se localizan a lo largo del surco interesfinteriano. Si se obstruyen sus conductos se pueden producir infecciones con la subsiguiente formación de un absceso; si el absceso no se drena se puede extender en varias direcciones entre los músculos del complejo esfínteriano, y dar origen de esta manera a los diferentes tipos de fistulas (Figuras 1 y 2), que reciben su nombre según sea su relación con los planos musculares.

Otra causa menos frecuente de absceso-fistula anorrectal es la fisura anal<sup>7</sup>. Causas más raras aún son la enfermedad de Crohn, la actinomicosis, la tuberculosis y las fistulas secundarias a tumores

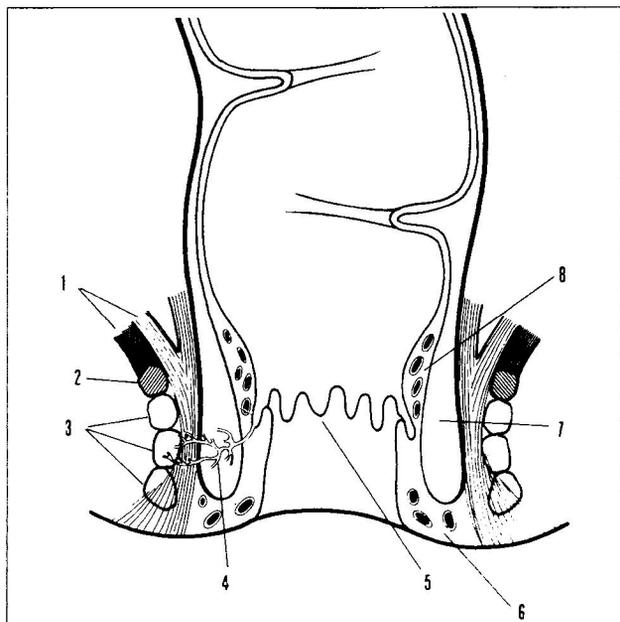


Figura 1. Anatomía del canal anal.

1. Músculo elevador del ano. 2. Músculo puborrectal. 3. Esfínter externo y sus tres componentes: subcutáneo, superficial y profundo. 4. Glándulas anales en el espacio interesfinteriano. 5. Línea dentada. 6. Plejo hemorroidal externo. 7. Esfínter interno. 8. Plejo hemorroidal interno.

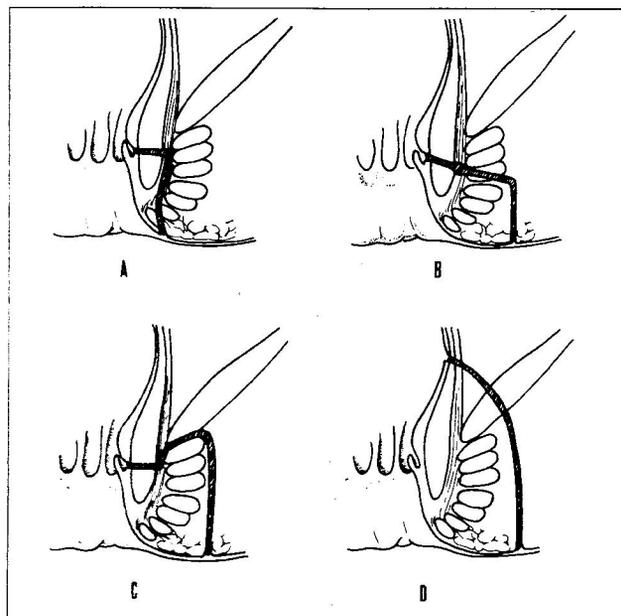


Figura 2. Clasificación de las fistulas.

A. Fistula interesfinteriana. B. Fistula transesfinteriana. C. Fistula supraesfinteriana. D. Fistula extraesfinteriana. Todos los nombres describen la relación del trayecto fistuloso con el aparato esfinteriano.

malignos, irradiaciones, cuerpos extraños, y traumas<sup>8</sup>.

En la clínica el cuadro depende de la etapa del proceso. En la presentación aguda las manifestaciones son las de cualquier absceso (calor, dolor, rubor, edema y masa). Cuando el absceso se localiza profundamente, el único síntoma puede ser dolor vago con ausencia de las otras manifestaciones. En la fase crónica (fase de fistula), la sintomatología la da el drenaje y el prurito causado por la humedad permanente. En los pocos casos en que la fistula tenga una causa específica el paciente tendrá otros síntomas asociados, de acuerdo con su enfermedad de base<sup>1</sup>.

El diagnóstico correcto se realiza por medio de un adecuado examen de las áreas perineal y rectal. Es necesario destacar que mediante la inspección o palpación digital del canal anal y de la región perineal se pueden descubrir los orificios primarios y secundarios de la fistula; además el explorador maleable ayuda a reconocer el trayecto. Con esta información se logra clasificar las fistulas. Esto permite elaborar un adecuado plan de tratamiento.

El punto anterior es sin duda el factor más importante en la determinación del éxito o el fracaso del manejo. El reconocimiento exacto del trayecto y las características topográficas de la fistula permiten una terapia adecuada y evitan morbilidad y recidiva innecesarias. Cuando estos factores no se tienen en cuenta, el desenlace puede ser fatal<sup>9</sup>.

Llama la atención la frecuencia relativamente baja en el medio colombiano (más o menos 9 casos por año), si se compara con las cifras publicadas por Abcarian<sup>8</sup> quien comunicó 186 casos por año. Una probable explicación a este fenómeno es que los pacientes son sometidos a drenaje simple en hospitales periféricos y toleran durante años la fase crónica que según Scoma et al.<sup>10</sup> se desarrolla en 70% de los casos. En este estudio no se pudo establecer la relación causa-efecto entre el absceso y la fistula debido a que el tiempo de evolución de la entidad fue muy prolongado.

De los 26 pacientes estudiados 77% eran hombres. La razón para esta frecuencia tan alta en hombres, también reflejada en la literatura, no es clara<sup>11</sup>. Aunque la asociación con otras afecciones<sup>8</sup> llega hasta 20% y 30%, sólo en uno de los casos del presente estudio, se encontró que tenía diabetes mellítus de base.

En su estudio de 1,023 pacientes Ramanuja<sup>7</sup> informó que el absceso interesfinteriano fue el más común (47.4%), seguido por el absceso supraelevador y el perianal. Estas cifras son similares a las de Cali,

siendo también la fistula interesfinteriana la más frecuente (57.7%). Estos datos refuerzan la teoría de la infección criptoglandular como una de las causas principales del absceso anorrectal.

Está bien demostrado que el manejo adecuado de estas fistulas, disminuye la morbilidad y la tasa de recurrencia<sup>11</sup>. La fistulotomía se ha utilizado desde la Edad Media. En efecto, Arderne<sup>12</sup> un cirujano del siglo XV, describió claramente el tratamiento de la fistula anal mediante la incisión de la lesión. Pott, en 1779, preconizó que las fistulas se deben abrir y que las heridas deben permanecer abiertas. En 1835, Salmon fundador del St. Mark's Hospital de Londres, apoyó el tratamiento de las fistulas anales por medio de la incisión. En 1934, Lockhart-Mummery, popularizó el manejo que hoy sigue en uso<sup>1</sup>.

Si durante el procedimiento quirúrgico de apertura del trayecto fistuloso se determina con claridad la topografía de la fistula, la frecuencia de complicaciones (especialmente la incontinencia) será muy baja<sup>1</sup>. De esta forma se evita la sección del músculo puborrectal, y de la porción profunda del esfínter externo. Vale la pena asimismo puntualizar que la sección del esfínter interno o de las porciones superficiales del esfínter externo no dañan la función de la continencia en la mayoría de los pacientes<sup>13</sup>; por el contrario, cuando se trata de absceso-fistula que en la mujeres se localizan anteriormente, si es alto el riesgo de alterarla<sup>13</sup>. Por esta razón en mujeres con compromiso anterior no se debe realizar fistulotomía sino cierre del orificio primario con avance de colgajo transanal. Además se practica curetaje del trayecto que se deja abierto, para posibilitar un buen drenaje (Figura 3).

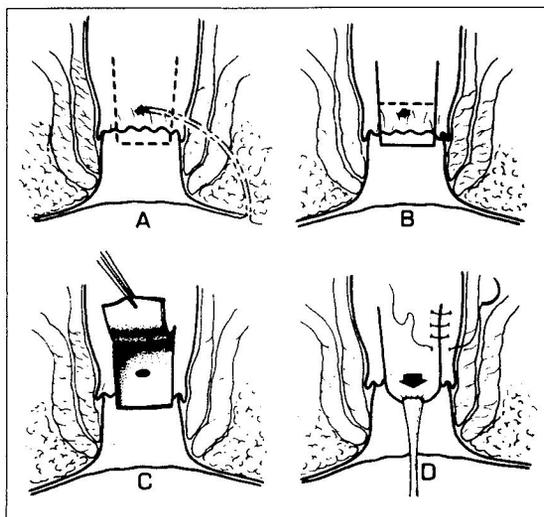


Figura 3. Avance de colgajo transanal.

Hay algunos autores que recomiendan una alternativa más sencilla con una banda de caucho que se pasa a través de los orificios primario y secundario (Seton), y que lentamente va seccionando el aparato esfinteriano<sup>14</sup>. Este procedimiento también ha sido utilizado para fistulas altas (extraesfinterianas), con resultados que aunque controvertidos por algunos son en general muy buenos<sup>7,14</sup>.

Los resultados del presente trabajo demuestran que la fistulotomía simple es un magnífico procedimiento, libre de morbilidad y con una tasa muy baja de recidiva (3.8% en esta serie). Pero cuando las fistulas son complejas (rectouretrales), anteriores en mujeres, o su trayecto compromete las porciones profundas del esfínter, es necesario utilizar tratamiento con avances mucosos<sup>15</sup>. Con este enfoque hasta ahora realizado en Cali en 6 pacientes se han obtenido buenos resultados. La operación de Kraske practicada por algunos para las fistulas extraesfinterianas<sup>16</sup> fue una alternativa a la cual sólo hubo que recurrir en una ocasión. Se utiliza cada vez menos, debido a la sencillez de la realización del colgajo transanal y a sus buenos resultados<sup>17</sup>.

En conclusión, las fistulas anorrectales, se presentan con mayor frecuencia en hombres jóvenes; guardan estrecha relación con el absceso anorrectal, pues son dos estadios evolutivos de la misma entidad. Su origen se relaciona con la obstrucción de los conductos glandulares que se originan en las criptas a nivel de la línea dentada. El mejor tratamiento para las fistulas inter y esfinterianas consiste en la fistulotomía. Cuando los trayectos son extraesfinterianos, supraesfinterianos o transesfinterianos anteriores en mujeres, la mejor alternativa es el colgajo mucoso transanal. La operación de Kraske se debe reservar para aquellas fistulas cuyo orificio primario está tan alto en el recto que no es posible realizar un procedimiento transanal. En abscesos con compromiso anterior en mujeres o que comprometen el puborrectal o la porción profunda del esfínter externo, si se decide la fistulotomía primaria, es de utilidad el uso de bandas de caucho (Seton).

#### SUMMARY

To know the frequency and characteristics of anorectal abscess-fistula, a revision of the clinical charts of 26 patients treated during a three year period at the hospitals Universitario del Valle and Mario Correa Renjifo of the city of Cali, Colombia, was carried out. Intersphincteric fistula had the highest frequency. Most of the patients were men (average age: 42 years old). They were treated mainly with fistulotomy and curettagge. In some cases, according to specific indica-

tions, a transanal advancement flap was made. Only in one patient it was necessary to practice Kraske's operation. The etiology, anatomical, clinical and surgical aspects are discussed, with special emphasis in that adequate comprehension of this entity gives excellent results with minimal morbidity.

#### REFERENCIAS

1. Goligher, JC. *Surgery of the anus, rectum and colon*. Pp. 167-219. Balliere Tindall, London, 1984.
2. Corman, LM. *Colon and rectal surgery*. Pp. 157-198. JB Lippincott Co, Philadelphia, 1984.
3. Parks, AG, Gordon, PH & Hardcastle, JD. A classification of fistula in anus. *Br J Surg*, 1976, 63: 1-12.
4. Payne, JC. Complications of surgery for anorectal abscess-fistula. Pp. 126-142. *In Complications of colon and rectal surgery*, WB Saunders, Philadelphia, 1985.
5. Lockhart, JP. Discussion on fistula in ano. *Proc R Soc Med*, 1929, 22: 1331.
6. Eisenhammer, S. The internal anal sphincter and the anorectal abscess. *Surg Gynecol Obstet*, 1956, 103: 501-506.
7. Ramanujan, P. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. *Dis Colon Rectum*, 1989, 27: 93-97.
8. Abcarian, H. Perineal abscesses and fistulas. *Dis Colon Rectum*, 1989, 27: 593-599.
9. Chabrot, CM & Abcarian, H. Recurrent anorectal abscesses. *Dis Colon Rectum*, 1983: 105-108.
10. Scoma, JA, Salvati, EP & Rubin, RS. Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. *Dis Colon Rectum*, 1974, 17: 357-359.
11. Vasilevsky, CA & Gordon, PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula in anus following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum*, 1984, 27: 126-130.
12. Arderne, J. Treatises of fistula-in-ano, haemorrhoids and clysters. *In Hanley, PH. Reflections on anorectal abscess fistula: 1984. Dis Colon Rectum*, 1985, 28: 528-533.
13. Hanley, PH. *Treatment of anorectal abscesses and fistula. Complications of colon and rectal surgery*. Pp. 109-110. WB Saunders, Philadelphia, 1985.
14. Kuypers, HC. Use of the Seton in the treatment of extrasphincteric anal fistula. *Dis Colon Rectum*, 1984, 27: 109-110.
15. Aguilar, P, Placencia, G, Hardy, IG & Hartman, RF. Mucosal anal advancement in the treatment of extra sphincteric anal fistula. *Dis Colon Rectum*, 1985, 28: 496-498.
16. Kilpatrick, FR & Thompson, HR. Post operative rectoprostatic fistula and closure by Kraske's approach. *Br J Urol*, 1962, 34: 470-474.
17. Parks, AG & Motson, RW. Perianal repair of rectoprostatic fistula. *Br J Surg*, 1983, 70: 725-726.

## Anomalías y síndromes asociados con labio y/o paladar hendido

Carolina Isaza, M.D.<sup>1</sup>, León Alberto Manrique, M.D.<sup>2</sup>

#### RESUMEN

**Durante 18 meses en la Clínica de Dismorfología del Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, como parte del grupo multidisciplinario de la Clínica de Labio y Paladar Hendido, se presentó la oportunidad de revisar 100 pacientes. Se encontró que la fisura facial más común era el labio hendido con o sin paladar hendido; la prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres. De todos los pacientes con hendiduras orales, 39% tenían otras anomalías o síndromes asociados. Entre los más frecuentes se observaron: síndrome de van der Woude, trisomía 13, displasia frontonasal y otros. Los hallazgos anteriores sugieren que el labio y paladar hendidos no son siempre una entidad aislada, sino que se pueden asociar con otro tipo de malformaciones que comprometen sobre todo la cara y los miembros.**

Durante el desarrollo de la cara, entre las semanas 9 y 12 de gestación, se produce la fusión de los procesos faciales que dan origen al labio y al paladar<sup>1</sup>. Cualquier anomalía en el curso de este lapso, causa una fisura oral reconocible al nacimiento. La anomalía congénita del labio hendido con o sin paladar hendido, y el paladar hendido solo, son las dos condiciones más frecuentes dentro del complejo de hendiduras faciales<sup>2</sup>.

El labio hendido con o sin paladar hendido ocurre aproximadamente en 1 de cada 1000 nacidos caucásicos<sup>2</sup>, aunque hay diversos datos que dependen de la población estudiada. La prevalencia de paladar hendido aislado fluctúa alrededor de 1 por 2000 nacidos<sup>3</sup>.

En Cali, Colombia, durante un estudio realizado en el Hospital Universitario del Valle (HUV) (hospital de máxima especialización regional) se observó una prevalencia de 1 por cada 1000 nacimientos (datos en proceso de publicación). En el occidente colombiano se había visto siempre esta entidad como un problema aislado, de tipo multifactorial sin mayores repercusiones respecto a su recurrencia. Hoy, después de la

1. Profesora Asistente, Departamento de Morfología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Docente Adjunto, Departamento de Pediatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.