

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS FISTULAS ANO-RECTALES

DR. LUCAS MOLINA VARGAS

La fístula ano-rectal es la consecuencia de un absceso de diversa localización inicial. Sus características anatómopatológicas le otorgan una verdadera individualidad clínica.

La anatomía y fisiología de la región ano-rectal intervienen creando una patología propia para esta clase de lesiones. Se ve, por ejemplo, cómo las diversas estructuras regionales están subordinadas fisiológicamente a los esfínteres y cómo la enfermedad fistulosa guarda estrecha relación con dichos elementos. Así es como un órgano especializado en la función de retención y evacuación de las materias fecales, presenta una fisonomía clínica particular, relacionada con su patología, cuyo conocimiento es indispensable para orientar su terapéutica.

La puerta de entrada de la infección para-rectal está en la mucosa del órgano. Es una abertura variable en su amplitud, pueden ser varias; su localización es también diferente. Esta zona de vehiculación de la enfermedad es importante porque de su permanencia depende la evolución y complicación del proceso fistuloso. Se deduce, por ello, que esta puerta de entrada es fundamental para el tratamiento quirúrgico y de ella depende, en su mayor parte, el éxito feliz o el fracaso de la operación. En esta consideración se funda la razón de ser de las técnicas de la proctología quirúrgica.

El ano-recto es un órgano de evacuación controlada de las materias fecales. Los esfínteres como agentes de dicha función en el intestino terminal adquieren la importancia de formaciones anátomo-fisiológicas insustituibles. El proceso infeccioso que inocula el tejido celular que rellena en abundancia los espacios para-rectales, produce el absceso. Este se convierte en agente fistulogénico y las fístulas se desarrollan por fuera, por dentro o través del esfínter. La cirugía de las variantes transesfinterianas y extratransesfinterianas interesa necesariamente el esfínter, por cuyo motivo la técnica operatoria estatuye la sección nítida y perpendicular de sus fibras y su reparación inmediata por la sutura, como propenden los métodos de fistulectomía en un tiempo. Todo contribuye a evitar la incontinencia rectal.

Juega un rol capital el comportamiento del abundante tejido celular de la región. Sus reacciones frente a la repetición del estado infeccioso, tiende a una esclerosis progresiva. Cuanto menos avanzado esté dicho proceso, mejores serán los resultados de la terapéutica quirúrgica.

El esquema de la fístula ano-rectal está dado:

- a) Por un orificio de entrada.
- b) Por un orificio de salida.
- c) Por un trayecto indurado.
- d) Por una infiltración del celular más o menos ostensible. Es el esquema de la fístula simple o completa.

Pero desgraciadamente los hechos no ocurren de modo tan sencillo, porque los enfermos deciden curarse después de meses o años de sobrellevar su dolencia. Siendo una enfermedad de curso lento y progresivo, aparecen modificaciones múltiples del esquema, asociadas a cuadros clínicos multiformes. Así, afectan uno o ambos lados de la región, avanzan otros a la región ano-escrotal. Algunos toman la apariencia de tumores indurados, con proceso de celulitis esclerolipomatosa y que el Prof. Zorraquín denominó "fistulomas". La clasificación en fístulas simples, complejas, complicadas, intraesfinterianas, extraesfinterinas y transesfinterianas, da la razón a las multiformes apariencias de los cuadros anatómopatológicos.

Todo lo expuesto significa que las fístulas ano-rectales tienen una etiología y patogenia variable, que originan cuadros anatómoclinicos diversos, dependientes del período de su evolución. Las más son factibles de un tratamiento quirúrgico exitoso, pero las demás ponen a dura prueba al especialista.

Es nuestro propósito estudiar en el presente trabajo, la casuística del Hospital Obrero de Lima, comprendida entre 1952 y 1956 de las fístulas ano-rectales, desde los puntos de vista nosográfico y terapéutico.

II. MATERIAL

Se hace un estudio de 167 enfermos con fístulas ano-rectales procedentes del Departamento Quirúrgico del Hospital Obrero de Lima, correspondientes al período de 1952 a 1956.

Los resultados del tratamiento y la evolución de la enfermedad han sido controlados en los Consultorios Externos de Cirugía General.

III. RESULTADOS

1.—Incidencia

La incidencia de las afecciones anorrectales atendidas en el Hospital Obrero de Lima de 1953 a 1956, está sumariada en el cuadro I.

CUADRO I. INCIDENCIA DE AFECCIONES ANO-RECTALES
Hospital Obrero de Lima. 1953-1956

	Nº	%		Nº	%
Hemorroides	701	64.55	Carcinoma anal	4	0.36
Fístulas ano-rectales	128	11.79	Repliegue cut. anal	2	0.19
Rectocele	98	9.02	Criptitis	1	0.09
Fisura anal	34	3.14	Incontinencia esfinteriana post-		
Absceso perianal	22	2.03	operatoria	1	0.09
Absceso ísquio-rectal	17	1.57	Estrechez rectal	1	0.09
Cáncer recto-sigmoideo	16	1.38	Papiloma rectal	1	0.09
Condiloma anal	15	1.38	Granuloma venéreo del recto ..	1	0.09
Papiloma peri-anal	14	1.29	Linfogranuloma venéreo del		
Froctitis aguda	13	1.19	recto	1	0.09
Estrechez anal post-operatoria	7	0.65	Quiste hidatídico del recto ..	1	0.09
Pólipo rectal	6	0.56	Hemorragia post-operatoria rec-		
			tal	1	0.09
			Proctitis por radiación	1	0.09
			TOTAL:	1086	100.00

De 1086 afecciones ano-rectales, 11.79% corresponden a las fístulas ano-rectales. Hay 22 casos de abscesos perianales y 17 casos de abscesos isquiorrectales, que, en conjunto, dan 3.6%, y que posteriormente evolucionaron y dejaron como secuela fístulas ano-rectales. De tal manera, que el total de casos de fístulas ano-rectales es de 167 y la verdadera incidencia de la afección es de 15.39%.

2.—Edad. Sexo. Raza

CUADRO II. DISTRIBUCION POR EDADES DE LAS FISTULAS ANO-RECTALES (164 CASOS)

Edad	Nº	%
15 - 25	30	18.30
26 - 36	58	34.75
37 - 47	42	25.60
48 - 58	29	17.70
59 - 69	6	3.65
	164	100.00

Las fístulas ano-rectales pueden ocurrir en cualquier época de la vida (1) son más frecuentes entre los 25 y 58 años, tal como lo indican los autores (2), (3).

98.8% de los pacientes son de sexo masculino. Si bien es cierto que las fístulas ano-rectales son más frecuentes en los hombres (2), nuestras cifras no están de acuerdo con las estadísticas generales, explicables por el tipo de enfermos que ocurre al Hospital y en donde la población de trabajadores de sexo masculino es mucho mayor que la del sexo femenino. Hay solo dos casos de mujeres (1.2%). La mayoría son de raza mestiza y solo 3 pacientes de raza negra.

3.—Etiología

CUADRO III ETIOLOGIA DE LAS FISTULAS ANO-RECTALES (1)

	Nº	%
1. CAUSAS PREDISPONENTES		
a) <i>Constitucionales</i>		
Tuberculosis pulmonar	29	17.37
Sífilis	3	1.80
2. CAUSAS INDIRECTAS		
a) <i>Inflamatorias</i>		
Criptitis	1	0.59
Fisuras	4	2.40
Proctitis	5	2.99
Hemorroides	58	34.73
b) <i>Traumáticas</i>	1	0.59
3. CAUSAS DIRECTAS		
Infección, Parásitos, etc.	16	9.65

Seguimos a Bacon (1) en la clasificación etiológica de las fístulas ano-

rectales que considera las causas predisponentes, indirectas y directas o determinantes.

Entre los factores de las causas predisponentes, además de los de orden anatómico e histológico (6), hay 29 casos de tuberculosis pulmonar, de los cuales 15 de ellos presentaban formas activas; 3 casos de sífilis. Estas fístulas ano-rectales no las consideramos específicas, porque, aun siendolo y faltando la comprobación bacteriológica o histopatológica, no estamos autorizados para afirmar la etiología directa. No hay en las historias clínicas antecedentes de disentería, tifoidea, enteritis regional, etc., como factores predisponentes.

Infelizmente no se hizo el estudio bacteriológico de la secreción en ninguno de los casos. En solo 16 se practicó el examen histopatológico; en todos el resultado fué: "Fístulas crónicas inespecíficas". La importancia de los procesos inflamatorios del ano-recto debe ser destacada, ellos constituyen los factores más frecuentes en la etiología de la enfermedad. Hay 1 caso de criptitis, 4 de fisuras, 5 de proctitis y 58 de hemorroides. En la casuística general de las enfermedades ano-rectales atendidas en el Hospital Obrero de Lima (Cuadro I), se observa prociencia del recto, estrechez, papilomas, etc., otros tantos factores indirectos que no han sido hallados entre los antecedentes de los enfermos estudiados. Hay un caso de fístula ano-rectal en donde el antecedente traumático es significativo.

Clasificación

CUADRO IV. CLASIFICACION DE LAS FISTULAS (1)
ANO-RECTALES (167 CASOS)

	Nº	%
1. Simples	126	75.44
2. Complejas	40	23.97
3. Complicadas	1	0.59
	167	100.00

Hay 126 casos de fístulas simples (75.44%), 40 casos de fístulas complejas (23.97%) y solo 1 caso de fístula ano-rectal complicada. Tal como lo describen los autores (7), (8), las fístulas simples son las más frecuentes.

Para no alterar la clasificación adoptada (1), hemos creído necesario catalogar como fístulas simples las que en el acto operatorio fueron denominadas como "ciegas"; pero consideramos que es importante para el objeto de las conclusiones aclarar este punto (Cuadro IV a).

CUADRO IV a

	No recidivaron		Recidivaron		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Simples	86	89.5	10	10.4	96	57.5
Complejas	32	80.0	8	20.0	40	23.9
Complicadas	0	0.0	1	100.0	1	0.6
Ciegas Ext.	14	54.0	12	46.2	26	15.6
Ciegas Int.	2	100.0	0	0.0	2	1.2
Fisuras (?)	0	0.0	2	100.0	2	1.2
	134	+	33	=	167	= 100.0

5.—Orificios y trayectos fistulosos

a) *Fístulas Ano-rectales Simples*

CUADRO V. ORIFICIOS INTERNOS Y EXTERNOS EN LAS FISTULAS ANO-RECTALES SIMPLES Y CIEGAS (126 CASOS)

	No recidivaron		Recidivaron		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solo orificio externo ..	14	54.0	12	46.0	26	100
Solo orificio interno ..	2	100.0	0	—	2	100
Los dos orificios	86	89.5	10	10.5	96	100
Fisura (?)	—	—	2	100.0	2	100
	102	+	24	=	126	

En el cuadro V se indica el resultado de los Informes Operatorios de 126 pacientes con fístulas simples y ciegas. En rubro aparte se van a estudiar 40 casos de fístulas complejas y 1 complicada.

En estos 126 casos de fístulas ano-rectales, se han encontrado 26 casos de fístulas con sólo el orificio externo, fístulas "ciegas externas" (Quenu); 2 casos de fístulas "ciegas internas"; 96 casos de fístulas simples completas y en 2 casos no fué hallado ninguno de los orificios, catalogándolos como fisuras. En otras palabras, hay 30 casos (17.96%) en donde no ha sido hallado el orificio interno fistuloso. Vemos, además, en el cuadro IVa y V, que de un total de 26 fístulas ciegas externas, recidivaron 12 (46%); de 96 fístulas simples, recidivaron 10 (10.5%); de 2 casos catalogados como fisuras, ambas necesitaron reintervenirse y que las 2 fístulas ciegas internas, no recidivaron. Observamos, por lo tanto, de acuerdo con Martín (7) y Bacon (1), que aquellas fístulas, en las cuales no se encuentra el orificio interno o primario, recidivan en mayor proporción (46% de nuestra casuística) que el resto de fístulas Ano-rectales; y que, como vemos en las dos fístulas ciegas internas, tan solo fué necesario cerrar el orificio interno para evitar la recidiva.

En el 92.86% de fístulas simples, el orificio externo se encontraba en la región perianal; en el 4.76% en la perineal y en el 2.38% en la glútea. En estos 126 casos, el o los orificios externos se encontraban en el segundo y tercer cuadrante, en una proporción de 67.45%.

b) *Fístulas ano-rectales complejas*

El estudio de los caracteres de los orificios y trayectos fistulosos de las fístulas ano-rectales correspondientes a 40 casos, está sumariado en los Cuadros VI y VII.

CUADRO VI. FISTULAS COMPLEJAS. ORIFICIOS (40 CASOS)

Nº Casos	O R I F I C I O S	
	Externo	Interno
1	Múltiples	Uno
4	Tres	"
24	Dos	"
9	Uno	Dos
2	Uno	Tres

CUADRO VII. FISTULAS COMPLEJAS. TRAYECTOS (40 CASOS)

	Nº	%
1. TRAYECTOS:		
Simples	31	77.50
Tortuosos	9	22.50
2. LOCALIZACION:		
Perineal	2	5.00
Perianal	37	92.50
Glúteo	1	2.50
Inguino-escrot		
3. HERRADURA:		
Anterior	2	5.00
Posterior	2	5.00

En 30 fístulas Ano-rectales complejas se encontró el orificio interno en la línea ano-rectal y a la altura de las criptas (75%). En el 92.5% el o los orificios externos, se encontraban en la región perianal, especialmente en el 2do. y 3er. cuadrante. Tal como lo demuestra Hiller (5), la predilección de la puerta de entrada por el 2do. y 3er. cuadrante, está en relación con el acceso de los vasos de la región ísquio-rectal a la región anal, que ocurre precisamente por la parte posterior. Dos o más orificios indican, por lo general, más de una fístula cuando se encuentran al mismo nivel (9). En 11 casos de fístulas complejas, se han encontrado dos y tres orificios externos. En este tipo de fístulas complejas los trayectos eran tortuosos en el 22.5% y el mayor porcentaje en Y. (Cuadro VII).

c) *Fístulas ano-rectales complicadas*

Sobre este tipo de fístula no podemos concluir por que solo contamos con 1 solo caso. Diremos tan sólo, que uno de sus trayectos se prolongaba hasta el hueso coccígeo; esta fístula recidivó (Cuadro XI).

6.—*Histopatología*

En 16 casos se practicó el examen histopatológico. El resultado fué uniforme: Fístulas crónicas inespecíficas. Fístulas piógenas. Tejido de granulación. Aunque no podemos llegar a conclusiones definidas, es importante señalar este hecho, porque los autores antiguos, pensaban que hasta el 50% de las fístulas Ano-rectales eran de origen tuberculoso (10).

7.—*Síntomas*

CUADRO VIII. SINTOMAS PREDOMINANTES. FRECUENCIA DE PRESENTACION EN 167 CASOS DE FISTULAS ANO-RECTALES

Absceso	142	85.03	Fiebre	8	4.79
Secreción	131	78.43	Malestar general	3	1.73
Dolor	96	56.88	Hemorragia	3	1.72
Prurito	44	26.33	Escalofrío	2	1.19
Secreción hemática	36	21.55	Asintomática	1	0.59

El síntoma predominante es el absceso, uno o varios, remotos o recientes, acompañado de dolor y posteriormente de secreción. Después de la abertura del absceso, espontánea o quirúrgicamente, por lo general el orificio interno (primario) se cerraba en las fistulas simples (Cuadro V) y persistía en las complejas (Cuadro VI). La secreción más o menos abundante, por lo general purulenta, serosa y en algunos casos ligeramente hemática. El dolor solo se ha observado en 56.88%. Prurito: 26.33%. En 16 casos hay trastornos generales. Es digno de mencionarse un caso de fístula-anorectal asintomática y que solo fué revelada por el examen rutinario de la región.

8.—Evolución

CUADRO IX. EVOLUCION (167 CASOS)

Tiempo enfermedad (Meses)	Nº	%	Tiempo enfermedad (Meses)	Nº	%
1 - 23	132	79.04	72 - 83	2	1.20
24 - 35	6	3.58	84 - 95	6	3.58
36 - 47	8	4.80	96 - 107	1	0.60
48 - 59	8	4.80	108 - 119	—	—
60 - 71	1	0.60	120 - 131	2	1.20
			Hallazgo	1	0.60
				167	100.00

79.04% han evolucionado de 1 a 23 meses hasta el momento del tratamiento quirúrgico. En este grupo 77 casos tienen una evolución de un año y 55 de casi dos años. Hay un caso, que corresponde a la forma asintomática, y que no se conoce el tiempo de evolución. Hay dos casos de sujetos portadores de la afección por más de 10 años y que no habían recurrido a consulta médica previa.

9.—Diagnóstico

Por lo general no ha ofrecido dificultades. El hallazgo de abscesos, secreción, orificios en la región perianal, etc., o la comprobación del o de los orificios internos a la altura de la línea ano-rectal, a uno u otro lado, por lo general de la comisura posterior del ano, han sido suficientes.

En todos los casos se ha usado el estilete explorador, introduciéndolo generalmente por el orificio externo, tratado de determinar la dirección del trayecto fistuloso y haciendo la maniobra suavemente con el objeto de evitar falsas rutas. Muchas veces, para descubrir el orificio interno, se combinaba la maniobra instrumental y digital. En todos los casos de fístulas complejas ha sido posible determinar el o los orificios fistulosos internos en 75%. En 96 casos de fístula simples se encontró el orificio externo e interno en 100% de ellas; 2 casos fueron catalogados como fisuras, posteriormente diagnosticados como fístulas simples mereciendo una mejor y más cuidadosa observación. En todos ellos, la historia del absceso perianal, dolor y secreción era indudable. La evolución del proceso hasta el momento del examen clínico estaba comprendida entre 2 y 10 meses y los enfermos acusaban, todos ellos, sensación de mo-

lestia dolorosa en la región perianal, especialmente en el acto de la defecación o cuando permanecían largo tiempo sentados. El examen proctoscópico hecho muy cuidadosamente reveló la existencia de proctitis y hemorroides. A la palpación, fué posible detectar una induración de tejido areolar perianorrectal y que, además, era dolorosa. Forzando un poco la exploración instrumental e introduciendo el estilete, por lo que se suponía era el orificio interno, se logró, siguiendo la dirección de menor resistencia, visualizar el orificio externo. Poco después, a estos enfermos, se les hizo fistulectomía a cielo abierto. Postoperatorio sin incidentes. Desaparecieron las molestias subjetivas. Ninguno de estos dos casos recidivó.

En 38 casos (22.8%), se empleó el método cromográfico, especialmente durante el acto quirúrgico, para determinar el o los trayectos fistulosos, para lo cual se inyectaba una solución acuosa de Azul de Metileno al 0.5% por el orificio externo.

10.—Tratamiento

En todos los casos el tratamiento ha sido quirúrgico. Los resultados están sumarizados en el cuadro X.

CUADRO X. PROCEDIMIENTO Y RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO (167 CASOS)

	No Recidivaron		Recidivaron		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. <i>Fistulectomía</i>						
A cielo abierto	116	81.90	21	18.10	137	82.03
Cierre incompleto	8	72.80	3	27.20	11	6.58
Cierre en un tiempo	2	40.00	3	60.00	5	3.02
2. <i>Fistulotomía</i>	8	66.66	4	33.33	12	7.18
3. <i>Electrocoagulación</i>	—	—	2	100.00	2	1.19
	134	80.3%	33	19.7%	167	100.00

Hay 33 casos que recidivaron (19.7%). Los mejores resultados se obtienen con la *fistulectomía a cielo abierto* (81.90%). Si se compara el total de las *fistulectomías a cielo abierto* con los 21 casos recidivados, se encuentra que con este procedimiento hay 18.10% de fracasos, y que la *fistulectomía con cierre en un tiempo* y *cierre incompleto*, dan recidivas de 60 y 27.2%, respectivamente.

La simple *fistulotomía* recidivó en 33.3% del total de casos y con la *electrocoagulación* la recidiva es del 100.00%.

En relación con el resultado del tratamiento quirúrgico, el procedimiento aconsejable en la casuística estudiada, es la *fistulectomía a cielo abierto*, desechándose los otros procedimientos por la cifra elevada de recidivas que dan.

Queremos llamar la atención a los pobres resultados obtenidos en nuestra casuística con la *fistulectomía con cierre en un tiempo*; de 5 casos opera-

dos con este procedimiento, 3 recidivaron o sea 60% de malos resultados. En una comunicación personal, el Dr. Lucas S. Molina (11) nos refiere haber reunido 10 casos tratados por *fistulectomía cuneiforme en un tiempo*, utilizando la sutura sub-mucosa con catgut cromado 00, sin ninguna recidiva. El Dr. René Obando (13) refiere 21 casos de pacientes tratados con *infiltración pre-operatoria de Novocaína-Estreptomina y cierre en un tiempo*, con 0% de recidivas.

Hemos rechazado como tratamiento, y no se ha seguido en ningún caso, los procedimientos no quirúrgicos, tales como la inyección de sustancias químicas (12) y la ligadura de Seton (1), por considerarlos inadecuados.

11.—Anestesia. *Post-Operatorio*

Sistemáticamente se ha tratado de usar anestesia caudal (Novocaína 1-2%, 30 cc.), y en los casos que no ha sido lo suficientemente efectiva, se complementaba con anestesia local, infiltrando toda la región perianal, el trayecto perifistuloso y ambos elevadores del ano. En algunas ocasiones fué necesaria la anestesia general, especialmente tratándose de fistulas complejas y profundas.

En la fistulectomía o fistulotomía, en caso de fistulas transesfinterianas, se procedía a la sección perpendicular, y sólo una vez, del esfínter externo, suturando posteriormente los extremos musculares seccionados por medio de una sutura en 8 con catgut crómico o para evitar la incontinencia. Sólo en un caso se presentó esta contingencia, que recibió tratamiento posterior, felizmente con buenos resultados.

En el lecho cruento se dejaba gasa yodoformada por 24 ó 48 horas. Aplicaciones locales de ácido bórico caliente. Aceite mineral para el tratamiento de la constipación. Curación local con sulfas o antibióticos. Baños de asiento calientes, si era necesario. Atención del estado general: alimentación hiperproteica, vitaminas, etc. Antibióticos. Sulfas, etc. En casos de excesivo tejido de granulación, cauterización con nitrato de plata, etc.

12.—Recidivas

No siempre es posible determinar, en la mayoría de los casos de fístulas ano-rectales, la causa de la recidiva, pero sí es posible estudiar algunos factores que la acompañan y aún la determinan. En el Cuadro XI, en forma resumida y esquemática, presentamos los 33 casos que recidivaron y en el que se consigna:

- a) Tiempo de evolución de la enfermedad anterior a todo tratamiento.
- b) Tipo de fístula.
- c) Características de las fístulas.
- d) Tratamiento seguido.
- e) Tiempo transcurrido, después del tratamiento, hasta el inicio de la recidiva.
- f) Carácter anatomoclínico de las fístulas recidivadas.
- g) Evolución posterior después de nuevo tratamiento.

C A S O S	Tipo de Fístula			Orificios		Trayec- to	1er. Tratamiento					Tipo de Fístula		Segunda Operación										
	Evolución anter. al tratamiento (meses)	Simple (s)	Compleja (c)	Complicada (cd.)	Localización		Ciego (cg.)	Nº	Localización cuadrante: I, II, III, IV	Simple (s)	Tortuoso. (t)	Fistulec- tomía				(s)	(c)	(Faca)	(CIT)	(C.I.)	(Flot)	2da. recidiva (meses)	3ª operac. (faca)	
						Cielo abierto						Cierre un tiempo	Cierre incompleto	Fistulotomía	Electro coagula- ción (elec.)									Tiempo transcurrido p. 1ª recidiva (meses)
1	2	c			cripta		1	II	s		sí				1	s		Faca						
2	7	Ciega	Externa			cg.	1	III	s		sí				5	s		Faca						
3	2	c			cripta		1	II	s		sí				2	s		Faca						
4	1	c			cripta		2	I		t.			sí		2	s		Faca						
5	6	c			cripta		3	II		t.		sí		sí	inmediata	c			Flot.					
6	18	c			cripta		1	IV	s		sí				4	s		Faca						
7	1	c			cripta		1	IV		t.			sí		24	c		Faca						
8	36	c			cripta		3	I		t.		sí			inmediata	no reoper.								
9	18	s			cripta		1	III	s		sí				1				C.I.					
10	12	Fisura?						I					sí		3	no reoper.								
11	12	c			cripta		1	II		t.		sí			2	ciega ext.	Faca							
12	48	s			cripta		1	III	s		sí			12	s		Faca							
13	1	s			cripta		1	II	s				sí		inmediata	s		Faca						
14	2	Ciega externa				cg.	1	IV	s		sí				inmediata	s		Faca						
15	1	s			cripta		1	II	s		sí				2	s			Flot.					
16	2	Fisura?						I					sí		1	no reoper.								
17	10	Ciega externa				cg.	1	III	s		sí				6	s	Faca							
18	84	s			cripta		1	IV	s		sí				inmediata	no reoper.								
19	6	Ciega externa				cg.	1	II	s		sí			2.5	s			Flot.						
20	12	Ciega externa				cg.	1	IV	s		sí				1	c	Faca							
21	12	s			cripta		1	III	s		sí			0.5	s		Faca							
22	12	s			cripta		1	II	s		sí			2	s		Faca							
23	12	s			cripta		1	II	s		sí				inmediata	s	Faca							
24	8	Ciega externa				cg.	1	IV	s		sí			4	ciega ext.		Faca							
25	12	Ciega externa				cg.	1	III		t.	sí				inmediata	ciega ext.	Faca							
26	12	Ciega externa				cg.	1	III	s		sí				inmediata	no reoper.								
27	12	s			cripta		1	I	s		sí				inmediata	no reoper.								
28	2	Ciega externa				cg.	1	III		t.	sí			3	no reoper.									
29	3	Ciega externa				cg.	1	II	s		sí				inmediata	c	Faca				inmediata	faca		
30	0.5	Ciega externa				cg.	1	II		t.	sí				inmediata	Fisura?					4	faca		
31	12	cd			coxis		1	III		t.	sí			12	s		Faca							
32	18	s			cripta		1	IV	s		sí				inmediata	s			CIT			48	faca	
33	36	Ciega externa				cg.	1	III		t.			?		inmediata	c			Flot.		60	faca		
Totales		Simple: 10									21	3	3	3	2								4	
		Complejas: 8																						

Complicad.: 1
Ciegas Ext.: 12
Fisuras: 2

Desde ahora adelantamos que las condiciones generales que han sido consideradas como causas predisponentes de enfermedad: tuberculosis, sífilis, etc., son de escaso significado. Las recidivas no pueden ser referidas o imputadas a estas causas. El tratamiento quirúrgico por sí solo, en la primera recidiva o repetido en el reducido número de "segundas recidivas", es suficiente para obtener una curación del 100%. La causa de la recidiva debe ser buscada fundamentalmente, en factores locales y en relación con el diagnóstico anatómo-patológico de la fístula, el tipo de tratamiento quirúrgico empleado y la técnica quirúrgica misma.

Tiempo de Evolución.—No hay relación entre la recidiva y el tiempo de evolución de la enfermedad, anterior a todo tratamiento. La mayoría de los casos recidivados tienen una evolución de menos de 2 años y un buen porcentaje de los mismos tienen menos de 6 meses de evolución; por otra parte, en el 80.3% del total de casos no recidivados, 77 tienen una evolución de 1 año y 55 de casi 2 años.

Tipo de Fístula.—Tiene mucho significado el tipo de fístula. En el cuadro IV a. vemos que existen 96 fístulas simples, 40 complejas, 26 ciegas externas, 2 ciegas internas, 1 complicada y 2 fisuras (?), de las cuales han recidivado 10 simples (10.4%), 8 complejas (20.0%), 12 ciegas externas (46.2%), 1 complicada (100%) y las 2 fisuras (100%). Como se observa, la diferencia es muy significativa, como para llegar a conclusiones definidas. Otro tanto podría no decirse del tipo de trayecto fistuloso, simple o tortuoso.

TRATAMIENTO

En el estudio que hemos hecho del procedimiento y resultado del tratamiento quirúrgico de los 167 casos (Cuadro X), se ha establecido que las fistulectomías a cielo abierto dan 18.10% de recidivas y que los otros procedimientos dan un número muchísimo mayor de recidivas. Lo que estimamos de especial importancia en la conducta a seguir en el tratamiento de las fístulas ano-rectales.

El estudio comparado del tipo anatómo clínico de fístula, el procedimiento quirúrgico seguido y el tiempo transcurrido para la primera recidiva, permite llegar a conclusiones valederas. Desechadas la electrocoagulación y aun la fistulectomía simple, como medio de tratamiento por el porcentaje elevado de recidivas, y establecido que el tratamiento de elección es la fistulectomía a cielo abierto; se observa que la recidiva es inmediata en casi todos los casos de fístula "ciegas externas", es decir procesos fistulosos en donde no se determinó el orificio interno o primario, a esta causa de recidiva inmediata se debe un tercio de las recidivas en los 167 casos e independientemente del método elegido en el tratamiento. Otro tercio de las recidivas corresponden a la elección de procedimientos quirúrgicos no adecuados: electrocoagulación, simple fistulotomía y fistulectomías con cierre incompleto o cierre en un tiempo. Por último, el otro tercio de las 33 recidivas y en donde fue diagnosticado correctamente el orificio interno y trayecto fistuloso y elegido apropiadamente

el procedimiento quirúrgico en el tratamiento, la única explicación plausible y en relación con los factores estudiados, correspondería, ya que la mayoría de ellas son fístulas complejas, a la existencia de trayectos tortuosos y presencia posible de otros orificios internos que una exéresis insuficiente no ha eliminado; en otras palabras, pensamos que la causa de este último grupo de recidivas se deba al insuficiente conocimiento anátomo-clínico del proceso fistuloso.

Toda fístula que tiene su origen en la línea ano-rectal o en su vecindad, no se cura a menos que sea tratada quirúrgicamente (1). Nuestros resultados son satisfactorios en el caso de las fístulas simples y complejas cuando se ha elegido el propio y correcto procedimiento quirúrgico, a condición, en todos los casos sin excepción, de que se determine inequívocamente el o los orificios internos, número y dirección del trayecto fistulosos y que la exéresis quirúrgica sea lo suficientemente amplia como para eliminar todo el proceso fistuloso. En los casos que no se encuentre el orificio interno hay que esperar la recidiva (1), tal como sucede en la casuística que comentamos, o que se haya elegido procedimientos quirúrgicos inadecuados. No es aceptable tener un conocimiento anátomo-clínico insuficiente del proceso fistuloso, por falta de adecuados métodos de diagnóstico (fistulografía, cromografía, etc.), como causa de recidivas.

Segunda recidiva

Hay cuatro casos que recidivaron por segunda vez, 2 fístulas complejas tratadas por fistulectomía a cielo abierto una de ellas y la otra con simple fistulotomía. Ambas recidivaron inmediatamente después de la operación. Las otras 2 fístulas son: una de ellas simple y trayecto tortuoso y que recidivó a los 48 meses, tratada por el procedimiento de fistulectomía con cierre en un tiempo; y la otra es una aparente fisura y que recidivó después de la electrocoagulación.

Las recidivas inmediatas las explicamos como consecuencia de una exéresis insuficiente, ante la dificultad en 2 casos de haber determinado, previamente, la existencia de los orificios internos, el número de trayectos y su dirección; y en el caso de la fístula simple y trayecto tortuoso, la recidiva inmediata no debe ser imputada exclusivamente a la fistulectomía con cierre en un tiempo, cuanto a la misma razón que se da para los casos anteriores.

La segunda recidiva de la fisura que después de una electrocoagulación, recidivó a los 4 meses, pensamos, como en los casos anteriores, que este método no eliminó todo el trayecto fistuloso y que, en realidad, era una verdadera fístula completa.

Nuevamente operados, estos cuatro casos, por el mismo procedimiento, fistulectomía a cielo abierto, curaron definitivamente.

En conclusión, la recidiva depende de una inadecuada exéresis en relación con un diagnóstico que no puede hacerse (determinación del orificio primario) o es incompleto o es insuficiente y una técnica quirúrgica que no

es apropiada. En nuestra casuística, la clave del tratamiento está: 1° Hallazgo del orificio interno. 2° Fistulectomía a cielo abierto. 3° Convenientes cuidados pre y post-operatorios.

IV.—COMENTARIO

1.—Consideraciones diagnósticas

El diagnóstico se dirige, en primer término, a esclarecer la naturaleza íntima del proceso fistuloso. Las fistulas ano-rectales más frecuentes son las piogénicas y siguen, en menor proporción, las tuberculosas. La naturaleza neoplásica de la lesión puede ser descartada fácilmente por estar al alcance de la biopsia.

El estudio general del paciente, tanto desde el punto de vista clínico y de laboratorio, estudio radiológico del tórax, etc., permite descubrir la causa tuberculosa. El estudio citobacteriológico de la secreción purulenta de los trayectos, el examen histopatológico del tejido de granulación, la inoculación al cobayo, etc., concurren al mismo fin. En última instancia, el material obtenido por escisión durante el acto operatorio (biopsia selectiva) o después de la operación (biopsia diferida), proporcionan al histopatólogo la oportunidad de definir con precisión los elementos etiológicos.

Pensamos, dentro del alcance de nuestra pequeña experiencia, que es indispensable el examen histopatológico rutinario de las piezas operatorias. Esta necesidad debe ser llenada en todos los casos, tal como lo demanda el progreso científico de los últimos años, con el objeto de conseguir el diagnóstico integral, fundamento del tratamiento consecutivo y de los resultados lejanos.

La casuística que acompañamos revela la concurrencia nula de la forma tuberculosa, lo cual traduce, para nuestro medio, la disminución de la causa de la tuberculización, especialmente las causas alimenticias, el mejoramiento de las condiciones higiénicas de la población y la protección indiscutible que presta el Estado a la salud pública. Sin embargo, hay que tener presente que existiendo antecedentes tebecianos en 29 casos (17.37%), borradas las características clínicas por la medicación antibiótica, algunos casos pueden haber pasado desapercibidos, ya que no figuran en las historias sino 16 comprobaciones histopatológicas.

Después del diagnóstico etiológico, consideramos el diagnóstico anátomo-patológico regional, podríamos decir de anatomía patológica viviente. En este aspecto del diagnóstico se emplean los métodos de exploración manual, instrumental y radiológico, con el propósito de catalogar el tipo correspondiente de la lesión, dentro de la clasificación anátomo-clínica clásica. El tacto rectal es importante y suficiente en gran número de casos. Abarcando entre los dedos índice y pulgar los planos de la región o haciendo la palpación bimanual, es posible valorar rápidamente la extensión del proceso, el grado de infiltración inflamatoria. Por la investigación delicada del síntoma dolor, durante dicha exploración, se puede medir el grado de la inflamación y concluir del estado

agudo, subagudo o apagado del proceso. Algo más, por el tacto digital asociado a la exploración del trayecto fistuloso por el estilete, se complementa el diagnóstico anatómico y se determina con cierta seguridad la altura del orificio interno de la fístula. Esta exploración es concluyente cuando es posible realizarla bajo anestesia general; algunas veces, hasta permite descubrir un pólipo originado en el granuloma del orificio de la mucosa y que ayuda a identificarlo.

Estamos en que el examen proctológico, mediante procedimientos simples, como el tacto rectal, la palpación bimanual, la asociación del cateterismo por el estilete, son fundamentales para el conocimiento del estado anatómico local. Al revisar 141 exámenes proctológicos registrados en las historias del Hospital Obrero de Lima, se ve que, en 141 de ellos, se ha empleado la rectoscopia, lo que demuestra que este método endoscópico tiene valor innegable en el diagnóstico proctológico, ya que su empleo es casi rutinario. La rectoscopia ha servido para aclarar los cuadros lesionales ano-rectales, apreciar las características de la comunicación interna de la fístula y el grado de los fenómenos de rectitis que comunmente están asociados. Asimismo, la proctoscopia, ha permitido visualizar y comprobar poliposis aisladas o múltiples y descartar el cáncer del recto, especialmente el adenocarcinoma rectosigmoideo y los casos raros, descritos en la literatura, de la cancerización de los trayectos fistulosos.

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el estudio proctológico está integrado por la citología de las secreciones rectales, según el método clásico de Papanicolaou.

La fistulografía que se obtiene por la inyección de los trayectos fistulosos con material radio-opaco, es también un método valioso, pero sus posibilidades en la práctica diaria se han hecho excepcionales. En las formas complejas y complicadas del proceso, permite conocer su arquitectura interna y en contados casos servirá de poderoso complemento diagnóstico.

La cromografía con el azul de metileno al 0.5% tiene indicaciones particulares en el pre-operatorio, pero reviste capital importancia durante el acto operatorio, porque permite distinguir el camino tortuoso de los trayectos fistulosos y ayuda a localizar su abertura endo-rectal. La cromografía operatoria figura en 38 casos del total de 167 de la estadística, es decir, en el 22.8%. Sabemos, por otra parte, que su empleo es frecuente en Cirugía Ginecológica y en la Cirugía de la Esterilidad Femenina.

Los elementos de juicio que pone en acción el diagnóstico proctológico, permite pues establecer, con seguridad, la etiología de la enfermedad y en el marco de la patología regional, permite conocer ampliamente, las características evolutivas en cada caso, es decir, definir la fístula simple, compleja y complicada. Sirve, además, para dar a conocer las relaciones de la fístula con los esfínteres y con los espacios celulares para-rectales, isquio-rectales y pelvi-rectales. En la mujer, la exploración ginecológica permitirá encontrar la variedad recto-vaginal, de rara incidencia, cuando su causa originaria es de origen

rectal, vale subrayar, cuando no es patrimonio de traumas obstétricos. Sirve también para el despistaje de las fístulas perineales tributarias de la glándula de Bartholino. Finalmente, consideramos el despistaje de las fístulas de origen dermoepidérmico y las provenientes de los quistes hidatídicos de la región.

El diagnóstico en sus dos modalidades, etiológico y anátomo-clínico, ajustando estrictamente a las directivas que hemos expuesto, plantea el tratamiento, en un campo definido y claro, proporcionando las seguridades que ofrece el conocimiento integral del proceso que se pretende curar.

2.—Consideraciones terapéuticas

Este capítulo encierra la parte objetiva de nuestro trabajo y por consiguiente es el más importante. Presenta hechos de particular trascendencia y, por lo tanto, está lleno de sugerencias y enseñanzas. Ha sido realizado analizando la historia clínica de cada enfermo, agrupando después las contingencias de orden clínico, operatorio y de evolución. Se trata en suma de una importante experiencia, destinada al reconocimiento de aquella meritoria labor médico-quirúrgica en el Hospital Obrero y que nos ha permitido ofrecer la casuística más numerosa y depurada del país. El estudio estadístico servirá indiscutiblemente para mejorar los porcentajes de curación y tiempo de evolución, ilustrar sobre la conducta quirúrgica más apropiada e inspirar nuevos trabajos científicos que propendan al progreso de la proctología nacional.

En el Departamento Quirúrgico del Hospital Obrero de Lima, han sido tratados 167 pacientes y se han obtenido 134 curaciones (Cuadro X). Se ha empleado como técnica operatoria la fistulectomía en 153 casos y la fistulotomía en 8 casos. En 82.03% la fistulectomía a cielo abierto fue el procedimiento de elección. La fistulectomía y cierre en un tiempo en 3.02% y la fistulotomía en 7.18% (Cuadro X). Las fístulas simples inciden en el mayor porcentaje (75.44%). No se consigna ninguna fístula tuberculosa.

Encontramos, por los datos anteriores, que el éxito corresponde a la cifra de 80.3 %, enfermos definitivamente curados con una sola operación y que esta operación ha sido, volvemos a repetir, la fistulectomía a cielo abierto. Se trata de resultados completos, con la restitución de la fisiología normal del ano-recto y con una sola incontinencia esfinteriana que fué reparada después quirúrgicamente.

Si consideramos la totalidad de los 167 enfermos tratados por la cirugía, existe 33 casos de recidivas (19.7%). De éstos, 29 pacientes presentaron una recidiva y 4 dos recidivas. (Cuadro XI). En la primera recidiva se usó la Fistulectomía a cielo abierto en 21 pacientes (77.0%) y la fistulotomía en 4 (15.3%). En la segunda serie de 4 enfermos recidivados, aparece nítidamente que la modalidad quirúrgica con la que se ha obtenido la curación en todos ellos, es la fistulectomía a cielo abierto (Cuadro XI).

Los resultados concretos de este estudio definen la orientación del Departamento Quirúrgico del Hospital del Seguro Obrero de Lima, adoptando la *fistulectomía a cielo abierto*. La totalidad de las fístulas tratadas quirúrgi-

camente han curado con una, dos o tres intervenciones. De esta experiencia surge tan atinada consecuencia que elige entre los métodos probados y seguros, que acortan el periodo de invalidez de los obreros y disminuyen su dispendiosa hospitalización. Esta conducta concuerda, además, con la seguida en otros Centros Quirúrgicos del mundo.

Al respecto, hemos revisado otras estadísticas nacionales. La casuística que gentilmente nos ha proporcionado el Dr. René Obando, reúne 21 casos de fistulectomías en un tiempo con infiltración regional, previa de una solución de estreptomycin y novocaína. Señala 100% de éxitos felices. Como vemos, la única variante del procedimiento en un tiempo del Dr. Obando, consiste en la inyección de novocaína-estreptomycin en la zona perifistulosa durante el preoperatorio y cuyos detalles expone minuciosamente. Su casuística, aunque poco numerosa, es sugerente.

El Dr. Lucas Molina Navia ha reunido 10 casos, tratados por *fistulectomía cuneiforme en un tiempo*. Utiliza la sutura sub-mucosa con puntos al catgut 00 cromado, puntos de afrontamiento no penetrantes de la mucosa ano-rectal (clave de la reparación de las técnicas en un tiempo de la cirugía de las fistulas recto-vaginales). Es una modificación a la técnica clásica y su empleo selectivo podría mejorar el alto porcentaje de los malos resultados, del cierre en un tiempo.

Se sabe que las fistulas recidivantes son sospechosas de ser tuberculosas. En el Cuadro III se registran 29 casos (17.37%) con antecedentes de tuberculosis pulmonar. En ninguno de ellos la lesión ha podido ser catalogada con esa etiología y la lesión pulmonar no ha constituido un obstáculo para la reparación quirúrgica.

Otro hecho importante es el referente a los 4 casos que necesitaron de una segunda reoperación, todos ellos tratados por el mismo procedimiento, fistulectomía a cielo abierto, curados definitivamente.

Los malos resultados de la fistulectomía con cierre en un tiempo, en nuestra casuística, si bien es cierto no permiten llegar a conclusiones, por el reducido número de casos tratados por este procedimiento, no están en relación con los buenos resultados obtenidos por otros autores, cuando se emplea la aproximación submucosa del plano mucoso (11).

Por la proctoscopia se reveló el 36.36% de proctitis para el grupo de las recidivas. Se trata de una cifra alta de concurrencia y que merece ser considerada entre las causas de los malos resultados lejanos operatorios. Conviene, pues, un tratamiento previo, fundamental, de la rectosigmoiditis simple o catarrales, agudas y crónicas, en sus aspectos hipertróficos y atrófico, y particularmente de las formas específicas: amebianas, tuberculosas, por colitis ulcerosa, bacilar, sífilítica y gonocócica. Hemos visto, cómo el cierre completo de la puerta de entrada de la mucosa es indispensable para la curación de todas las variedades de fistulas; cómo la variedad de ciegas externas tiende a disminuir durante la exploración quirúrgica y cómo la reparación del orificio endo-rectal, para ser definitiva, exige tanto en las formas abiertas y sobre todo

las de reconstrucción en un tiempo, el estado normal de la mucosa rectal. Sería por lo tanto conveniente, en los enfermos portadores de proctitis, hacer un tratamiento pre-operatorio minucioso, destinado a borrar el estado inflamatorio endo-rectal y practicar la operación en el momento más oportuno.

Y ya que con motivo de las proctitis, nos referimos a la preparación del terreno quirúrgico, deseamos hacer hincapié, en la preparación de los restantes tejidos de la región. Hemos tratado de la necesidad de favorecer el drenaje de los trayectos fistulosos, con el objeto de hacer involucionar el proceso inflamatorio del tejido celular vecino. Con este propósito se asocia a las medidas higiénicas locales de la medicación antibiótica y quimioterápica, que han transformado totalmente el panorama quirúrgico de otros tiempos. La medicación antibiótica se emplea no de manera indiscriminada, sino como lógica consecuencia del estudio bacteriológico de las lesiones, del antibiograma indispensable, para regir esta terapéutica con bases estrictamente científicas. Las reacciones inflamatorias del tejido celular, tan abundante en los espacios para-rectales, otorga una fisonomía propia a la evolución de las fístulas anorrectales. En suma, es el grado de celulitis, agudo o crónico, el que crea esa patología propia de carácter regional, es el absceso recidivante o metastásico, es esa infiltración más o menos extensa del celular que rodea la fístula. Son todas aquellas fuentes patogénicas las que deben ser tratadas con un amplio criterio médico-quirúrgico, para reducir al mínimum la inflamación del celular. La reparación quirúrgica exitosa está condicionada en razón inversa del grado de celulitis.

La preparación del terreno quirúrgico está subordinada al mejoramiento de las defensas generales: vitaminas, antibióticos y una dieta apropiada. La preparación del tramo gastro-intestinal incluye una dieta exenta de verduras y de leche, alimentación sin residuos, que se prolonga durante el post-operatorio.

Con la experiencia que da la práctica diaria, se tiende a excluir el abuso de los opiáceos, con fines de mantener un estreñimiento e inmovilizando el intestino, para no contaminar ni traumatizar la herida ano-rectal. Con la estreptomycin, la cloromicetina y la sulfasuxidina, se obtienen evacuaciones intestinales blandas, prácticamente estériles y precoces que no interfieren en el post-operatorio, por el contrario lo simplifica.

Durante el acto operatorio se tiende a evitar las dilataciones forzadas del esfínter externo, las dilataciones manuales e instrumentales bruscas, que provocan lesiones traumáticas del esfínter. Se trata de un primer tiempo operatorio, casi siempre innecesario.

La enfermedad fistulizante del recto no es exclusivamente local. Interesa al organismo en conjunto: interesa la economía general e interesa la psiquis del paciente. Entra, con mayor razón que otros procesos patológicos, en los dominios de la moderna Medicina Psicosomática. Esto conduce al control esencial de la vida anímica del enfermo, disminuída en sus poderes por la molestia gravativa y constante, por el dolor que obliga a un sufrimiento prolongado, por la toxi-infección consiguiente, por la perturbación del tránsito intestinal,

etc. La *preparación psicoterápica* es indispensable y en algunos casos se requerirá de la colaboración del psiquiatra.

El post-operatorio ocupa lugar preferente en el cuidado de los pacientes tratados por la cirugía. Después de las intervenciones a cielo abierto conviene vigilar la cicatrización de la herida, del fondo hacia la superficie, manteniendo la separación de sus paredes por acñamiento laxo a la gasa yodo formada o impregnada en vaselina. Para las fistulectomías en un tiempo y para las variantes autoplásticas, todo se reduce a cuidar la higiene externa sin efectuar ninguna cura endo-rectal. Es condición primordial, en estos casos, evitar la sonda rectal y los enemas. Solo excepcionalmente se usará el enema colocado con una sonda de Nélaton, delgada, por enfermera especializada.

Revisando todos los hechos que hemos presentado en la descripción de los diferentes capítulos, se precisan varias circunstancias, que entran, sin duda alguna, en el problema de las recidivas: Causas etiológicas, causas patogénicas, proctitis, celulitis, operación incompleta, post-operatorio defectuoso, mal estado general del enfermo, dieta inconveniente, etc. Dentro de todos estos motivos, se encuentra la explicación de las recidivas en la estadística que adjuntamos y además se esclarece para los casos, en los cuales no se puntualizaron en las historias clínicas respectivas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1^a—Se hace un estudio de 167 enfermos con fístulas ano-rectales simples y complejas procedentes del Hospital Obrero de Lima, correspondiente al período 1952-1956.

2^a—Las fístulas ano-rectales son el 15.39% de todas las afecciones ano-rectales y siguen en importancia numérica a las hemorroides que ocupan el primer lugar.

3^a—Independientes de la edad, se les ha encontrado con más frecuencia entre los 25 y 58 años de edad. 98.8% de los pacientes son de sexo masculino. Prácticamente todos son mestizos, solo hay tres enfermos de raza negra.

4^a—Como causa predisponente de la enfermedad encontramos 17.37% de tuberculosis pulmonar. Las causas indirectas por orden de importancia: Hemorroides, proctitis, fisuras y criptitis. Hay un caso de traumatismo como causa indirecta.

Solo en 16 pacientes (9.65%) se ha establecido la naturaleza piogénica de la fístula. No se consigna ninguna fístula tuberculosa.

5^a—Hay 96 casos de fístulas simples (57.5%), 40 casos de fístulas complejas (23.97%), 1 solo caso de fístula ano-rectal complicada, 26 casos de fístulas ciegas externas (15.6%), 2 casos de fístulas ciegas internas (1.2%) y 2 casos de presuntas fisuras (1.2%).

6^a—En un cuidadoso estudio de 126 pacientes se encuentra: 26 casos (15.6%) de fístulas con solo orificio externo (fístulas "ciegas externas"). Hay 96 casos de fístulas simples completas (57.5%), 1 fístula complicada (0.6%), 2 ciegas internas (1.2%) y 2 fisuras (1.2%). En otras palabras, hay 28 casos

(16.7%) en donde no ha sido hallado el orificio interno fistuloso. En el 92.86% de fístulas simples, el orificio externo se encontraba en la región perianal, en el 4.76% en la región perineal y en el 2.38% en la región glútea. Los orificios externos se encontraban, por lo general, en el segundo y tercer cuadrante de la región perianal.

7^a—Se hace un estudio de 40 casos de fístulas complejas. En 11 de estos casos se han encontrado dos y tres orificios internos. Prácticamente en la totalidad de casos el o los orificios internos estaban en la línea anorectal, por lo general en la parte posterior.

8^a—En orden de importancia, los síntomas predominantes eran: Abceso, secreción, dolor, prurito, etc.

9^a—En 79.04% de casos, la enfermedad ha evolucionado de 1 a 23 meses hasta el momento del tratamiento quirúrgico; en este grupo, 77 casos tienen una evolución de un año y 55 de casi dos años. Hay un caso asintomático.

10^a—El diagnóstico ha sido hecho fundamentalmente por métodos clínicos. En 38 casos se empleó el método cromográfico. Proctoscopia en 141 casos.

11^a—Todos los casos fueron tratados quirúrgicamente. No recidivaron 134 (80.3%). Recidivaron: 33 (19.7%).

Los mejores resultados se obtienen con la fistulectomía a cielo abierto practicado en 137 casos (80.02%). Fistulectomía con cierre en un tiempo, 5 casos. Fistulectomía con cierre incompleto: 11 casos. Fistulotomías: 11 casos. Electrocoagulación: 2 casos.

12^a—En el estudio de los 33 casos recidivados se encuentra que la fistulectomía a cielo abierto da 18.10% de recidivas; y que la fistulectomía con cierre en un tiempo y cierre incompleto dan recidivas de 60% y 27.2%, respectivamente. La fistulotomía recidivó en 33.3% y la electro-coagulación en 100%.

13^a—En relación con los resultados del tratamiento quirúrgico, el procedimiento aconsejable es la *Fistulectomía a Cielo Abierto*.

14^a—La anestesia, por lo general, fué caudal o general si las condiciones la exigían. En el pre-operatorio, alimentación con pocos residuos, etc.; cuidadosa selección de antibióticos o quimioterápicos, preparación psicoterápica, etc. En el post-operatorio, después de las intervenciones a cielo abierto y variantes autoplásticas, todo se reduce a cuidar la higiene externa, sin efectuar cura endorectal.

15^a—En el estudio de los casos recidivados (33 casos: 19.7%), la causa de la recidiva debe ser buscada fundamentalmente en los factores locales, diagnóstico anatómopatológico y elección del método quirúrgico.

a.—No hay relación entre la recidiva y el tiempo de evolución de la enfermedad, anterior a todo tratamiento.

b.—La fistulectomía a cielo abierto da 18.1% de recidivas y los otros procedimientos dan cifras mayores.

c.—La recidiva se hizo evidente en 46% "ciegas externas", en 20% de las complejas, en 100% de complicadas y en 10% de simples; en otras pala-

bras, casi el 50% de casos, la recidiva se debió a no haber hallado en el acto operatorio del paciente, el orificio interno o primario de la fístula. El otro 50% corresponde a elección de procedimientos quirúrgicos no adecuados y a una exéresis insuficiente.

16^a—Hay 4 casos que recidivaron por segunda vez. Se hace la discusión pertinente.

17^a—La recidiva depende de una inadecuada exéresis en relación con un diagnóstico que no puede hacerse (determinación del orificio primario) o es incompleto o es insuficiente o a una técnica quirúrgica inadecuada.

18^a.—En nuestra casuística, la clave del tratamiento está:

a.—Hallazgo del orificio interno.

b.—Fistulectomía a cielo abierto.

c.—Convenientes cuidados pre y post-operatorios.

19^a—Se hace un comentario al tema desarrollado.

BIBLIOGRAFIA

1. Bacon, H. E.: Anus. Rectum Sigmoid Colon. Third Edition. J. B. Lippincott Co. Philadelphia, 1951.
2. Hayden, E. P.: Anal fistula. New England J. Méd. 209:376. 1933.
3. Soler, Roig J.: Cirugía del Recto. Ed. Cient. Méd. Barcelona, 1956.
4. Hill, T. C.: Manual of Proctology. Philadelphia, Lea, 1923.
5. Hiller, R. I.: Anal Sphincter and pathogenesis of anal fissure and fistula. Surg. Gyn. and Obst. 52:921, 1931.
6. Tucker, C. and Hellwig, A.: Histopathology of the anal crypts. Citado por Soler.
7. Martin, C. F.: Anorectal fistula. Am. J. Surg. 39:302, 1925.
8. Martin, C. F., and Sweaney, H. C.: Tuberculous anal abscess and fistula, criteria for diagnosis. Surg. Gyn. and Obst. 71:294, 1940.
9. Quenu y Hartman: Citado por Testut L. Traité D'Anatomie Topographique, 1931.
10. Begouin: Tratado de Patología Quirúrgica. T. III, pág. 103, 1925.
11. Molina Navia, Lucas S.: Comunicación personal. 1957.
12. Lockhart-Mummery, J. P.: Diseases of the Rectum and Colon. Baltimore, Wood, 1932.
13. Obando Rene: "Consideraciones sobre el tratamiento Quirúrgico de las Fístulas Ano-rectales". Trabajo de incorporación a la Academia Peruana de Cirugía 1957.