

fístulas interglúteas

Las fístulas interglúteas ocupan las estructuras blandas, medianas, situadas detrás de la extremidad distal del sacro.

El o los orificios cutáneos están en la línea media, en ocasiones uno junto a otro, otras, algo separados. Por lo general estos orificios son puntiformes, a veces simples pequeñas depresiones absolutamente cerradas, o pueden permitir la entrada de un estilete. Los bordes de los orificios están bien epitelizados, como si el recubrimiento cutáneo normal entrase en ellos.

El trayecto de la fístula hacia la profundidad es sinuoso y de calibre variable, con frecuentes obstrucciones, por lo que es imposible hacer su cateterismo. En profundidad los trayectos ocupan el tejido subcutáneo llegando al ambiente laxo que permite el deslizamiento de este tejido sobre el recubrimiento fibroso del sacro y el cóccix, pero sin invadirlo.

Los trayectos están constituidos por tejido de granulación crónicamente inflamados. En la luz de los trayectos se pueden encontrar pelos, que pueden ser pequeños y escasos o constituir verdaderas masas de pelos largos apretados. Algunas puntas de estos pelos suelen emerger por los orificios cutáneos.

Las paredes de los trayectos tienen, junto al orificio fistuloso, un recubrimiento epitelial que se continúa con el epitelio cutáneo. Este epitelio no va nunca a más de 2 milímetros del orificio, como el epitelio que recubre la desembocadura de fistuletas residuales secas de los abscesos tuberosos perianales o de la axila. En esta zona con recubrimiento epitelial, no se encuentran nunca folículos pilosos.

Los trayectos fistulosos no tienen recubrimiento epitelial cutáneo y pequeños islotes epiteliales que a veces se observan, son sin caracteres de epitelio cutáneo y sin folículos pilosos verdaderos, ni glándulas. Pueden homologarse a los islotes desarrollados en la superficie de tejido de granulación crónica.

La fístula no complicada no da sintomatología y puede permanecer silenciosa indefinidamente. La complicación habitual es la inflamación aguda, que puede atribuirse a una infección de una celda del trayecto o simplemente a la agudización del proceso inflamatorio propio de la pared fistulosa. Se puede manifestar por dolor y un enrojecimiento en la zona de los orificios medianos. Una secreción serosa o turbia suele salir de los orificios. Este proceso puede regresar, pero en ese empuje o en otro, se constituye la supuración que se exterioriza por el trayecto fistuloso o forma un absceso.

El absceso puede evolucionar en el área de la fístula y abrirse espontáneamente o por una incisión en la línea media, pero lo habitual es que después de dos

o tres días revele su carácter migrador y haga, su superficialización a cierta distancia de los orificios fistulosos primitivos. La abertura sea espontánea o por el cirujano, dejará un orificio fistuloso alimentado desde la profundidad por el proceso inicial. Este nuevo orificio fistuloso con aspecto inflamatorio, muy diferente de los orificios primitivos epidermizados, puede cicatrizar o quedar con corrimientos purulentos o serosos intermitentes. Un nuevo empuje inflamatorio originará un nuevo absceso y una nueva fístula inflamatoria sin interferir con las anteriores.

Las sucesivas fístulas inflamatorias crean amplias zonas de endurecimiento en cuyo seno la palpación reconoce como cordones las reacciones perifistulosas que conducen a cada orificio inflamatorio cutáneo. En la línea media, él o los orificios primitivos, pequeños, de bordes epitelizados, se mantienen sin cambios.

96 Las migraciones de los abscesos se hace hacia los lados, en especial a izquierda, pero pueden extenderse mucho hacia arriba o hacia adelante. Las migraciones hacia arriba, en ocasiones llegan hasta más arriba de la quinta lumbar, formando grandes placas en regadera.

Las migraciones anteriores pueden llegar hasta las márgenes del ano, en cuyas partes laterales se abren, dejando orificios fistulosos que inducen el diagnóstico de fístulas anales. Una operación con este error de diagnóstico, con mala exploración operatoria, dejará las fístulas interglúteas y creará un trayecto hasta el conducto anal que hará más compleja la intervención curativa.

Los orificios fistulosos en las vecindades del ano requieren siempre un buen examen antes y durante la operación. En este examen no debe faltar la búsqueda sistemática de orificios interglúteos, la presencia de pelos en el orificio perineal y la exploración del cordón correspondiente a la fístula dirigido hacia el surco interglúteo o hacia el conducto anal.

Como hecho excepcional hemos observado migraciones de abscesos siguiendo el plano subdérmico, llegando al escroto y abriéndose al exterior por numerosísimos orificios puntiformes en todo el perineo.

Una particularidad evolutiva anotada por varios autores y que hemos observado, es el desarrollo de un cáncer epidermoide en los tejidos crónicamente inflamados de las fístulas interglúteas.

En el tejido subcutáneo interglúteo, pueden observarse pequeños nódulos que se hacen deslizar a la palpación sobre el plano osteofibroso profundo. Su estructura granulomatosa crónica es similar a la de las fístulas, habiendo algunos con pelos y otros sin ellos. En la piel que los recubre hay a veces una depresión o inicio de fistuleta.

Estos nódulos corresponden a lo que podrían ser partes profundas de las fístulas interglúteas. El término de quiste con que habitualmente se les designa es erróneo: es un tejido granulomatoso crónico sin epitelio que limita una cavidad. Los nódulos interglúteos suelen ser silenciosos, pero su destino es el empuje inflamatorio que por supuración conduce a la fistulización.

A los lados del órgano anal y en el perineo se pueden encontrar procesos fistulosos o nódulos con los mismos caracteres anatómicos y evolutivos que los anotados en las fístulas interglúteas. Los hemos observado después de heridas en la región, en enfermos muy pilosos, y tienen en éstos casos gran abundancia de pelos en su interior.

Las fístulas interglúteas no tienen relaciones anatómicas ni terapéuticas con el recto, por lo que no correspondería su estudio en este libro, pero las incluimos por varios motivos. En primer término porque los enfermos consultan con frecuencia al proctólogo que debe conocer la enfermedad, aclarando diagnós-

ticos que suelen ser dudosos en las migraciones perineales de las fistulas interglúteas. Además pueden existir procesos similares en la región perineal y aunque raramente, a consecuencia de operaciones incorrectas, producirse complicaciones anales por fistulas migradas de la región interglútea.

PATOGENIA

La patogenia de las fistulas interglúteas ha sido muy discutida. El conocimiento de las hipótesis sostenidas y especialmente de los argumentos que las respaldan tienen interés en vista a los problemas terapéuticos.

El origen congénito de estas fistulas ha sido sostenido desde hace muchos años, invocándose restos del canal medular, inclusiones dermoepidérmicas o restos de glándulas de ciertas aves. La presencia de pelos en el interior de las fistulas y la regularidad de la continuidad epitelial a nivel del orificio serían argumentos a su favor.

Una primera objeción a esta teoría es la excepcionalidad de éstas fistulas en los niños. Mas importante es la falta de epitelio cutáneo regular tapizando los trayectos, falta de folículos pilosos típicos y de pelos implantados en la pared. Los pelos están libres en la luz de las fistulas y sus extremos no muestran aspectos de implantación. La objeción más importante a las teorías congénitas, es la observación de enfermos con correcta extirpación de todo el block patológico, que hicieron recidiva del proceso con todos los elementos característicos de una fistula no operada.

Brearely, R. publicó en 1955 un artículo en el cual analiza en todos sus aspectos las teorías congénitas, aportando argumentación convincente de que no son aceptables.

La opinión de que estas fistulas son adquiridas se ha ido fortaleciendo en el curso de estos últimos años. Se desarrollarían por condiciones anatómicas de la región y por factores desencadenantes particulares.

En el sujeto de pie la saliencia de los músculos glúteos forma un surco mediano profundo. La piel floja llega, en la profundidad del surco, hasta el plano óseo. Cuando las saliencias laterales se deprimen, como en la posición sentada, el surco tiende a borrarse, la piel se pone tensa y se separa del plano óseo produciendo una presión negativa en el ambiente subcutáneo.

La piel además está expuesta a irritaciones importantes que provocan procesos inflamatorios frecuentes. En ese sentido actúan el roce de las ropas, el roce de pelos en hombres pilosos de nalgas fuertes, largas marchas sentado en asientos duros a caballo, en Jeep, en bicicleta, etc., septicidad de causa perineal, desaseo personal, etc.

La piel normalmente fina, alterada por estos diversos factores irritativos, sépticos, distendida y afinada en la posición sentada, podría ser atravesada por acción de la presión externa y de la aspiración por presión negativa interna. Pasarían así agentes microbianos y diversos cuerpos extraños tales como pelos, conglomerados de células descamadas, restos desprendidos en la superficie de ciertas ropas, partículas de papel higiénico, etc. Los pelos podrían ser libres pero es de interés anotar los que implantados en los bordes del surco interglúteo dirigen sus puntas al fondo del surco y abren orificios en la piel, dando pasaje a otros elementos.

La argumentación a favor del origen adquirido de las fistulas es valiosa. En primer lugar la consideración de las personas habitualmente afectadas: enfermos gruesos, pilosos, en actividad que distiende y comprime la piel interglútea, con procesos irritativos diversos. Las lesiones fistulosas son de tipo infla-

matorio crónico; no hay epitelio cutáneo en los trayectos; los pelos son cuerpos extraños sueltos. Las recidivas que se observan 2 a 15 años después de la operación, reproducen los caracteres primitivos, siendo posible encontrar en ellas la indiscutible acción de los factores considerados.

Hardaway, R. M. publicó en 1958 el resultado de sus estudios, sosteniendo el origen adquirido. Anota que entre 1942 y 1945 fueron hospitalizados 77.637 soldados por fístulas interglúteas sintomáticas.

Hubo además 9.000 casos en enfermos hospitalizados por otras causas y muchos que no ingresaron. Insiste en la influencia de las marchas prolongadas en Jeep, por lo que ciertos autores la llaman la enfermedad del Jeep.

Inclusiones y fístulas con caracteres similares a las interglúteas han sido observadas en el perineo de hombres pilosos, en los pliegues interdigitales de los peluqueros, en la axila y en el ombligo pudiendo reconocerse que en todos estos casos han sido resultantes de los mismos procesos de succión de pelos, a través de una piel fina y tensa.

98 Los nódulos interglúteos tendrían el mismo origen por inclusión de cuerpos extraños, en general pelos, evolucionando hacia la abscedación y la fístula.

En la argumentación para mostrar el origen adquirido de las fístulas interglúteas hemos anotado más de una vez los caracteres generales y regionales de los enfermos, pero estos caracteres, pese a su gran frecuencia, no llegan a contarse en todos los enfermos. Dentro del mecanismo expuesto en grandes líneas es indudable que en algunos casos dominan unos factores y en otros casos otros. Se constituyen así variaciones o formas clínicas que no llegan a invalidar las ideas generales expuestas. Frente al hombre de gruesas nalgas, piloso, morrocho, vida activa, debemos colocar a los delgados, a menudo mujeres, de 18 a 22 años, con un simple vello interglúteo, para los cuales es posible que se requieran nuevas explicaciones.

Numerosas denominaciones han recibido las fístulas interglúteas referidas a supuestas patogenias y otras a su localización.

Los términos de quistes y fístulas dermoideas así como inclusión o secuestro dermoideo deben deshecharse por no responder a la realidad anatómica. Igual descarte debe corresponder al término congénito.

La denominación de quiste y fístula pilonidal, preferido por las escuelas sajonas corresponde a Hodjes, que en 1880 llamó así a una fístula llena de pelos, nido de pelos. El término es claro y de uso corriente en casi todo el mundo. El hecho de haber un alto porcentaje de estas fístulas que no tienen pelos y aún la posibilidad de que nunca los hayan tenido quita exactitud a la expresión.

Los términos de fístula coccígea o sacrococcígea indican la localización pero sugieren una posible participación osteoarticular induciendo a errores de conceptos que dominaron hasta hace pocas décadas.

Preferimos el término de fístula interglútea, que no adelanta nada sobre la discutible patogenia, no sugiere participación ósea o articular y señala claramente su topografía.

TRATAMIENTO

Los abscesos migradores que complican a las fístulas interglúteas deben ser incindidos en su parte más superficial. El tratamiento definitivo será diferido para cuando haya desaparecido el empuje inflamatorio agudo.

El tratamiento definitivo de la enfermedad fistulosa ofrece dos problemas básicos: en primer lugar la posibilidad de la recidiva y en segundo término la

prolongación del período postoperatorio. Otros problemas son muy secundarios y no pesan en la elección del tratamiento. La consideración de los procedimientos terapéuticos la haremos sobre la base de un esquema simple en cuatro grupos: tratamiento incruento, marsupialización, exéresis en block sin cierre o con cierre parcial y exéresis en block con cierre.

Tratamiento incruento. Este tratamiento consiste en lavado diario con agua y jabón, higiene después de las deposiciones, mantener seca la región, adelgazar, evitar roces y apoyos duros durante viajes, jeep, caballo, bicicleta; etc.; extracción de pelos de los orificios cutáneos, afeitado riguroso de la región cada 4 o 5 días.

El fundamento de este tratamiento surge del concepto patogénico que atribuye las fístulas a la inclusión de pelos u otros cuerpos extraños por alteración cutánea y succión subcutánea.

Hardaway, R. M. preconizó este tratamiento en 1958 en vistas a los resultados obtenidos, especialmente en soldados y fijó sus indicaciones.

El tratamiento incruento está indicado en casos de pequeñas fístulas encontradas en un examen de rutina, sin manifestaciones inflamatorias. Mantenido en sus conceptos generales puede ser suficiente para silenciar el proceso. Pero la indicación principal es en todo operado de fístula interglútea, ya que la recidiva se debería a la persistencia de las condiciones especiales de la región. El llamado tratamiento incruento luego de la operación impedirá tales recidivas.

Tratamiento cruento. Comprende: Resección y mechado, marsupialización. Resección y cierre parcial. Resección y cierre.

Todos estos procedimientos comportan un primer tiempo de extirpación en block de los tejidos afectados, y un segundo tiempo de conducta con la brecha cruenta resultante de la extirpación. La extirpación en block común a todos los procedimientos, pretente evitar la persistencia de tejidos patológicos que pueden ser responsables de recidiva de las fístulas.

La conducta con la brecha cruenta puede ser el cierre completo de la misma, o el mechado para tener una cicatrización por segunda. Por ambos métodos se obtiene una cicatriz buena. El cierre inmediato tiene los beneficios de una cicatrización más rápida, evitando el largo período de curaciones con secreciones habitualmente muy fétidas de la cicatrización por segunda, pero ofrece el serio inconveniente de la recidiva más frecuente.

Los problemas en el método de cierre inmediato son de orden plástico en el acto operatorio, que debe realizarse con dominio de los conceptos y técnicas bien estudiadas. En la cicatrización por segunda la operación es sencilla y los problemas surgen en la conducción del postoperatorio que debe ser rigurosamente controlado.

Los dos métodos tienen indicaciones. El cierre inmediato está indicado en las fístulas pequeñas, con antecedentes infecciosos discretos, en enfermos con poco pelo en la región y en manos de cirujano diestro en cirugía plástica. La cicatrización por segunda está indicada en las fístulas con múltiples trayectos, secretantes, supurados, en enfermos obesos muy pilosos. Repetimos la necesidad de un buen manejo postoperatorio. Entre dos tipos de enfermos los cirujanos se inclinan hacia uno u otro método de acuerdo con su modalidad y con su experiencia y atendiendo en parte, problemas propios a cada enfermo. El tiempo de exéresis que precede a la restauración debe adaptarse al método que se aplicará en ésta ya que varía según los casos. En el curso de la operación podrá cambiarse el método.

Resección y mechado. Anestesia local o general, según el enfermo, el proceso y el cirujano. Posición decúbito ventral con muslos flexionados y ligeramente

separados. En enfermos con surco interglúteo profundo es útil separar las nalgas hacia afuera con tela adhesiva ancha.

La insición cutánea circunscribe el área fistulosa. Se profundiza en la parte media alta hasta llegar al plano que permite deslizar hacia abajo sobre el recubrimiento fibroso sacrocóccigeo. Completar a los lados y abajo hasta extirpar el block fistuloso.

Examinar cuidadosamente las paredes del área cruenta para comprobar que no ha quedado tejido patológico. Hacer el mismo examen en la pieza operatoria. En caso de encontrar tejidos enfermos o simplemente sospechosos, completar la resección. Es útil practicar incisiones longitudinales en el tejido graso y en las inserciones de los músculos glúteos para crear áreas de granulación más activa.

Hemóstasis cuidadosa por coagulación o ligadura y taponamiento apretado con mechas de gasa simple vaselinada, colocadas en zig-zag para hacer más fácil retirarlas sin dolor ni hemorragia. Tela adhesiva en bandas longitudinales.

100

Si el área mechada fué muy sangrante, es conveniente dejar en cama al enfermo en decúbito ventral por varias horas para evitar que la congestión del decúbito dorsal pueda provocar una hemorragia seria. Si coágulos separan la mecha, está indicado retirar el taponamiento, lavar la superficie cruenta, ligar a veces algún pequeño vaso y colocar nuevamente las mechas. Si se dejan los coágulos la hemorragia puede reiniciarse y además dificultan la cicatrización regular que se busca.

Al tercero o cuarto día la secreción serosanguinolenta que encharca las mechas, comienza a despedir un olor desagradable. Entre retirarlas para evitar el olor y dejarlas para una mejor cicatrización el cirujano debe buscar el momento oportuno para la curación. En las primeras curaciones pueden irse retirando las mechas centrales y después las perisféricas en forma parcial. Cuando se ha terminado de sacar todas las mechas se puede lavar con agua oxigenada o hipoclorito y volver a mechar manteniendo bien abierta la brecha.

Es muy importante mantener bien rasurados los bordes para evitar que los pelos se introduzcan en la herida y alteren la cicatrización. Algunos autores practican en los enfermos pilosos una aplicación de radioterapia, pero con un buen rasurado frecuente es suficiente.

La cicatrización termina en general en tres o cuatro semanas, ayudada a veces por aplicaciones de aire caliente y otras con unos toques de nitrato de plata. La cicatriz es habitualmente pequeña.

Las recidivas son excepcionales si el postoperatorio es bien conducido. Dos mecanismos son a considerar. Uno de ellos resulta de una falla de cicatrización por falta de unión entre la grasa de ambas nalgas. Esta grasa se endurece, rozando un lado con el otro en cada paso y dando a su superficie un aspecto liso, a veces brillante sin tendencia a cicatrizar. La piel puede unirse, manteniendo abierta por debajo una fisura que va hasta la profundidad. Un movimiento puede ser suficiente para abrir ampliamente la herida. Si la cicatriz cutánea es resistente será una infección que, semanas o meses después, se presentará como recidiva. La prevención de esta recidiva es evitar el alisamiento de los lados de la brecha manteniendo bien colocado el mechado. Romper con una pinza todo punto de unión cutánea en busca de la fisura para taparla en forma correcta.

La otra causa de recidiva resulta de la introducción de pelos en la herida. Un enfermo de 24 años, muy piloso, fue operado por un cirujano capaz haciendo resección y mechado. Hubo recidiva. Reoperamos al enfermo encontrando una gran cavidad profunda llena de pelos, con paredes de tipo inflamatorio crónico.