

directivas quirúrgicas en el segmento esfinteriano

ANESTESIA

En ciertas ocasiones la anestesia puede estar limitada al proceso en causa: drenar un absceso, obtener una biopsia, evacuar un hematoma de la margen. Pero conceptualmente la anestesia para cualquier intervención cruenta debe interesar todo el segmento esfinteriano, para tener la insensibilidad y el relajamiento esfinteriano indispensable para cumplir la exigencia básica de exploración integral del órgano y tratamiento de todos sus procesos.

Las operaciones sobre el segmento esfinteriano pueden hacerse con anestesia por infiltración, anestesia peridural o anestesia general.

La **anestesia por infiltración** es satisfactoria para la cirugía de procesos no inflamatorios del segmento esfinteriano. Para su eficacia es indispensable cumplir con ciertos requisitos:

Preparación del enfermo, medicamentosa y especialmente psíquica.

Aguja fina y anestésico eficaz, solución de novocaína recién preparada, xilocaína.

Enfermo en posición cómoda y atendido en sus preguntas.

Esperar prudentemente 2 o 3 minutos después de terminar la infiltración.

Realizar técnica correcta de infiltración. Nosotros hacemos infiltración subcutánea e infiltración en el espesor del órgano. La infiltración subcutánea la comenzamos por un botón intradérmico anestésico en la margen del ano en parte media lateral a unos centímetros del orificio anal. Penetrando allí con la aguja infiltramos el tejido subcutáneo en la semicircunferencia, especialmente en parte anterior y posterior. Repetir en la misma forma del otro lado. Para la infiltración en el espesor del órgano introducimos un dedo en el ano hasta el anillo anorrectal y entrando con la aguja por el botón intradérmico, infiltramos profundamente con el control del dedo introducido por el ano que percibe aguja y distensión bajo la mucosa alta. Igual maniobra del otro lado.

La **anestesia peridural** da resultados excelentes. Permite un examen satisfactorio del recto y resto de la pelvis, que consideramos de importancia en toda operación anal. No congestiona las regiones operatorias. Puede hacerse por vía caudal o de preferencia por vía lumbar en los procesos inflamatorios.

La **anestesia general** por inhalación la utilizamos con gran frecuencia. Permite el examen del recto y de la pelvis que es de gran interés. El plano de anestesia no solo debe ser suficiente para la operación sino inhibir los reflejos riesgosos que pueden presentarse al hacer una dilatación esfinteriana. En lugar de pro-

fundizar la anestesia, preferimos asociar una anestesia local como si fuese única, con el fin de evitar tales reflejos.

POSICION

Las posiciones operatorias para la cirugía anal son el decúbito dorsal, el decúbito ventral y la posición de Sims.

La posición en decúbito dorsal o posición de la talla requiere, para obtener una posición correcta, buenas piernas. Deben exponer bien la región perineal, mantenerse firmes y no ser agresivos para los miembros del enfermo. Utilizamos las piernas de Beveraggi. Una ligera inclinación de la mesa en Trendelenburg expone muy bien a la región.

El cirujano debe estar sentado en un banco bajo, firme, con respaldo, de modo que sus ojos queden en el plano horizontal del orificio anal. El conducto anal sigue la dirección de una línea que va desde el ano al ombligo y considerando la incurvación de la pelvis producida por la posición del enfermo y el relajamiento esfinteriano por la anestesia, buscamos que naturalmente nuestra visual siga la dirección del conducto.

40

Operamos con un ayudante que está colocado a nuestra izquierda, de pie, colaborando en un plano superior al nuestro. El ayudante simplifica la operación y nosotros vamos transmitiéndole lo que pueden ser detalles o trucos de la operación y en especial preocupación por la correcta realización técnica. Colocamos una instrumentista a nuestra derecha, algo atrás.

La posición en decúbito ventral con angulación de los muslos casi verticales, es muy usada por los proctólogos y tiene indicaciones bien claras tales como los procesos interglúteos. Es una posición que no permite beneficiar de la anestesia para hacer un examen completo del recto y de la pelvis y que expone por el vaciado de las venas que se produce, al desconocimiento de un corrimiento sanguíneo que se haga grave en el postoperatorio.

La posición de Sims es cómoda para el enfermo y con la colaboración de un ayudante que tracciona hacia arriba la nalga derecha, da una exposición excelente del perineo posterior y el área de la margen del ano.

Es de preferencia para las pequeñas lesiones perianales como hematomas, trombosis, o abscesos pequeños.

Cada cirujano opera de preferencia con enfermo en una determinada posición y recurre a veces, por circunstancias especiales a alguna de las otras. El hábito en la cirugía sistematizada conduce al mejor resultado, en especial por la coordinación de todo lo que interviene en la operación: anestesia, colaboradores, instrumental, experiencia, etc.

Anotemos que el cirujano que cambia la posición del enfermo para una operación debe saber que con el cambio se producen modificaciones locales, que pueden influir en el acto operatorio. Las hemorroides prolapsadas se exteriorizan ampliamente en el decúbito dorsal, en especial con la infiltración anestésica y exponen al cirujano que opera habitualmente en decúbito ventral a realizar una exéresis exagerada de mucosa. La posición en decúbito ventral isquemia la región y reduce la mucosa en prolapso por lo que el cirujano no habituado a esa posición puede hacer una exéresis demasiado económica. Además la isquemia puede ocultar lesiones venosas que son causantes de hemorragias importantes en el postoperatorio, si por falta de experiencia en esa posición no se ha hecho una cuidadosa hemóstasis.

OPERACIONES SOBRE LA MUCOSA

La gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas en el segmento esfinteriano se practican sobre la mucosa. Son operaciones de riesgo mínimo, relativamente rápidas, sin complicaciones operatorias, que se consideran, como cirugía orificial, en los límites de la cirugía menor. Sin embargo es una cirugía que si no se practica correctamente deja pequeñas invalideces por fistuletas, fisuras, infecciones crónicas y a veces grandes invalideces por defectos serios de la evacuación o de la continencia.

Cirugía integral. Las lesiones de la mucosa anal que son objeto habitual de intervenciones quirúrgicas no son lesiones aisladas sino integrantes de procesos patológicos que interesan a toda la mucosa. Este hecho conduce a la indicación de hacer en toda operación anal una exploración completa del conducto, con anestesia apropiada, en busca de otras lesiones.

Un área de especial atención es la zona criptopapilar, donde una criptitis o papilitis no tratada puede ser la causa de un absceso, una fistula o una fisura. Después se habla de complicaciones del postoperatorio, de recidivas, de predisposición.

Conservar el sector sensible. El sector medio del conducto anal tiene una sensibilidad particular que juega un papel importante en los fenómenos de la continencia. La supresión de esta área en operaciones por prolapso mucoso o por hemorroides con descenso de la mucosa rectal, puede traer serias consecuencias si toma toda la circunferencia.

El enfermo operado mancha continuamente sus ropas con el mucus de la mucosa rectal exteriorizada e irritada en el orificio anal. Al examen se presenta la mucosa roja y secretante, unida directamente a la piel en una línea de cicatriz circunferencial.

La mucosa rectal insensible, está tapizando todo el conducto anal, mostrando al tacto digital que no hay alteración esfinteriana. Esta situación provoca dos fenómenos. En primer lugar la falta de discriminación entre materias líquidas y gases ante la inminencia de su salida y en segundo lugar la pérdida de noción de evacuación en la deposición activa o voluntaria.

Estos fenómenos, en especial la mancha en las ropas y la falta de discriminación entre líquidos y gases pueden verse agravados por particularidades síquicas del enfermo. La influencia a su vez de los fenómenos rectales sobre la psiquis puede llevar a situaciones complejas. Los recursos quirúrgicos no son sencillos. Es indudable que la conservación del sector sensible de la mucosa es importante.

En las resecciones de mucosa debe conservarse el sector medio y si no fuese posible deben dejarse puentes de este sector uniendo el sector externo y el interno y separando las zonas de mucosa reseca.

Respeto por los tejidos. Las operaciones sobre la mucosa anal deben ser muy cuidadosas del detalle, respetuosas de los tejidos, suaves, anatómicas.

Deben evitarse las ligaduras de tejidos en masa, el uso de hilos gruesos y no reabsorbibles. La mecha de objetivo hemostático no es eficaz y su comprensión es agresiva.

La mucosa no debe ser sometida a decolamientos extendidos que son isquemiantes en el sector medio del conducto, por lo que exponen a la necrosis. Las suturas de la mucosa cuando son transversales deben afrontar labios sin ninguna tensión, pensando que al terminar la anestesia, los esfínteres recobrarán su tono y harán contracciones alargando el canal y desgarrando suturas que parecían flojas.

La no observancia de estas directivas es causa en el posoperatorio inmediato

de hematomas, dehiscencias, hemorragias, edema y dolor. Posteriormente abscesos y fistulas. todos estos fenómenos pueden terminar en la fibrosis, dependiendo en gran parte de las particularidades propias del mesénquima de cada enfermo y de la conducción del posoperatorio.

La fibrosis circunferencial anal posoperatoria puede adoptar la forma de fibrosis submucosa, adherente a mucosa e infiltrante de los esfínteres que estudiaremos en los procesos inflamatorios y en las estenosis anales.

Más frecuente es la forma de cicatriz circunferencial, progresivamente estenotante.

Incisión de descarga: Las incisiones de descarga se inician en la zona cruenta operatoria y se extienden en forma radiada en la margen del ano hasta cierta distancia del orificio anal. Deben evitarse en la línea media anterior o posterior, para lo cual en incisiones anales medianas la descarga debe dirigirse oblicuamente hacia un lado u otro.

42

La incisión debe seccionar piel y tejido graso, incluyendo mismo el haz subcutáneo del esfínter externo, de manera que se suprima el borde del anillo anal. Debe extenderse varios centímetros hacia afuera, reseca los bordes de la piel de modo de dejar un área de tejidos expuesta que puede ser de tres o más centímetros.

Las incisiones transversas de la mucosa anal pueden cicatrizar perfectamente, de primera intención, con o sin sutura, sin necesidad de drenaje o descarga. Pero puede complicarse por falta de este drenaje.

Con herida suturada y aún sin suturar se suelen constituir colecciones de sangre o serosidad en la zona de los labios decolados. La contracción esfinteriana las acumula hacia la margen del ano. Esta colección puede provocar la dehiscencia de la herida o la distensión necrosante de la mucosa. En ambos casos la cicatrización será por segunda, en ambiente séptico, con la posibilidad de una estenosis fibrosa.

Si el derrame es de menor entidad, se constituye un hematoma en la margen del ano que puede ir a la organización dejando un marisco o a la supuración con fistulización ulterior.

Una incisión vertical no ofrece el inconveniente de la retención serohemática del labio inferior en la margen del ano pero es probable que el proceso de cicatrización se vea interrumpido por la formación de un pequeño receso en el borde del orificio anal, que mantenga una infección con posibles complicaciones supuradas. La incisión amplia hacia la piel es preventiva de esta posibilidad.

SECCION DE LOS ESFINTERES

Nos referiremos a los trastornos que producen las secciones esfinterianas con el fin de valorar las consecuencias de lesiones accidentales o voluntarias en la cirugía anal. La reparación de lesiones recientes se considerarán en el capítulo de Heridas y de las lesiones alejadas, en el capítulo de Incontinencias.

El esfínter liso puede ser seccionado sin que se produzca invalidez apreciable en la evacuación y en la continencia. La experiencia en la sección del esfínter liso en la fibrosis de la fisura y en el tratamiento de abscesos y fistulas lo demuestra.

Es posible que la cicatrización del músculo seccionado conduce a la normalización funcional, pero la fisiología enseña que el músculo no es indispensable para tenerla. Mientras no hay suficiente excitación en el recto bajo como para producir su peristaltismo, el esfínter liso actúa como valla al pasaje de gases y materias, función que puede cumplir en el hombre el simple tono del esfínter

estriado o externo. Cuando se produce el peristaltismo en el recto bajo, el esfínter liso se relaja y el contenido del recto puede pasar al exterior bajo forma de evacuación pasiva, pero en esas condiciones entran en juego los mecanismos voluntarios que rigen la evacuación y la continencia.

El haz subcutáneo del esfínter externo tiene muy poca jerarquía y puede seccionarse sin ningún trastorno funcional. En las operaciones por fístulas submucosas la sección de ese haz no tiene ninguna consecuencia. Es útil seccionarlo cuando se desea hacer un buen drenaje de las áreas intraesfinterianas por la incisión de descarga.

La sección del **haz medio** o superficial del esfínter puede conducir a situaciones invalidantes. Su práctica en el tratamiento de las fístulas extraesfinterianas y en la esfinterotomía, para mantener drenado el recto, ha dado a los cirujanos conclusiones discordantes.

Anotemos en primer término que ciertas observaciones de incontinencias son resultantes de secciones que interesan al haz profundo del esfínter. La sección limitada al haz medio puede cicatrizar satisfactoriamente y dejar un órgano normal o por mala cicatrización conducir a una cierta invalidez.

La mala cicatrización de las heridas del haz medio deja los cabos separados, que se separan más aún en la contracción del músculo. El haz profundo permite la continencia de las materias sólidas pero hay incontinencia de materias líquidas y gases, en especial en el proceso de "prueba" que comentamos en el capítulo de fisiología.

En resumen, las secciones del haz medio, para que no dejen incontinencia deben cicatrizar bien. Enumeraremos algunos factores favorables a esta buena cicatrización:

1 — La sección parcial del haz medio, en su borde inferior o en sus fibras internas, permite habitualmente una buena recuperación funcional.

2 — Las secciones medianas dejan resultados pobres. Las anteriores porque rompen el nudo central del perineo; las posteriores porque seccionan el músculo en la parte de más distensión en el acto de la evacuación, lo que hace difícil la cicatrización.

3 — Las secciones perpendiculares a la dirección de las fibras cicatrizan mejor que las secciones oblicuas.

4 — La sección de un músculo sano da resultados peores que en los músculos con procesos inflamatorios fibrosos, porque la retracción muscular es mucho menor y la aptitud de proliferación conjuntiva ya está en marcha. Por supuesto que la supuración es factor adverso a la cicatrización.

5 — La adherencia de la cicatriz mucosa al fondo de la sección esfinteriana agrava la incontinencia, aún en secciones parciales. El simple desprendimiento quirúrgico de esta adherencia puede curar una incontinencia.

La sección del **haz profundo** es en general de graves consecuencias dependiendo en gran parte de la topografía de la sección.

En la parte anterior, el haz profundo responde al intersticio entre los haces puborrectales del elevador. Su sección posible en cirugía ginecológica provoca una fístula recto vaginal en la horquilla. En el hombre una fístula recto ure-

La sección en las partes laterales es muy probable que conduzca a la incontinencia. En la parte posterior la sección interesa también el asa anorrectal constituida por las fibras del elevador que abrazan el ángulo anorrectal. Esta sección produce una incontinencia total.

APOSITOS

Terminada una operación sobre el segmento esfinteriano, colocamos gasas vaselinadas finas y un tubo de goma en la luz del conducto.

Las gasas no tienen el propósito de hacer hemóstasis pues ésta debe ser asegurada en el propio acto quirúrgico. Su objeto es drenar y emparedar el canal. Para drenar es necesario que las gasas estén suavemente vaselinadas y que sean colocadas desde la zona cruenta del conducto hacia afuera siguiendo la incisión de descarga. El emparedamiento de la mucosa pretende mantenerla aplicada en forma regular contra el plano muscular para evitar la formación de espacios con sangre o serosidad.

El tubo en las operaciones anales ha sido objeto de duras críticas y hasta de adjetivación despectiva. Los propósitos del tubo son diversos. Puede dar salida natural a materias líquidas y gases en el postoperatorio. Más interés tiene su acción de emparedamiento de la mucosa manteniéndola aplicada contra el plano muscular. En fin, lo utilizamos para provocar la primera evacuación. Pasamos una sonda fina por su interior hasta la luz rectal y hacemos un enema. El enfermo evacúa en el water expulsando tubo y mechas por el mecanismo fisiológico de una evacuación normal.

44

Para cumplir estos objetivos y evitar los inconvenientes que con justicia se le han atribuido deben considerarse ciertas particularidades del tubo y de su colocación.

1 — El tubo debe ser fino, de 1 centímetro de diámetro, suficiente para sus fines, no agresivo.

2 — Debe ser relativamente blando.

3 — Su longitud no debe pasar los 10 cts., de modo que no se introduzca mucho en el recto.

4 — Debe ser incurvado ligeramente para que, siguiendo la dirección del conducto anal, su punta no contusione la cara anterior del recto, la próstata, o la vagina.

5 — Colocarle un alfiler de gancho, que no transfixie la luz del tubo y dirigida del lado cóncavo al convexo.

La colocación del tubo debe ser hecha de modo que la concavidad del tubo responda a la pared posterior del conducto, lo que lleva la punta a aplicarse sobre la pared posterior del recto que responde al nódulo anocócigeo. El alfiler de gancho queda dispuesta en dirección anteroposterior. Unas gasas debajo del alfiler y otras arriba, fijas con tela adhesiva, completan el apósito.

POSTOPERATORIO MANEJO Y COMPLICACIONES

Consideraremos en una primera parte el manejo del operado que evoluciona normalmente o con molestias mínimas y en segundo término lo que podrían considerarse complicaciones, sus causas y tratamientos.

Manejo del operado. La preparación y conducción síquica del enfermo tiene una gran importancia para que una molestia mínima no constituya problema y para que una complicación no sea la causa o la consecuencia de un estado de preocupación que constituye el eslabón básico en un círculo vicioso difícil de romper. Las funciones del segmento esfinteriano son las que atraen más la atención en todo operado y sus alteraciones llegan a constituir obsesión.

Si a estos conceptos agregamos que molestias y complicaciones no resultan habitualmente de fallas de principios técnicos fundamentales sino de falta de cuidados en los detalles, podemos concluir que estos operados curan bien si los operamos y seguimos con afectuoso interés.

El operado del segmento esfinteriano es un enfermo que no debe dejarse evolucionar sin cuidadosa vigilancia.

El levantamiento del enfermo puede hacerse en cualquier momento. Si prefiere quedar en cama, por su comodidad, debe cambiar periódicamente de po-

sición, evitando el encharcamiento sanguíneo prolongado en las grandes venas pelvianas.

La primera evacuación intestinal constituye una preocupación para el enfermo desde antes de la operación. El cirujano y el personal de enfermería deben tranquilizarlo asegurándole que en el momento oportuno y bien ayudado, la evacuación será sencilla y sin sufrimientos.

Evitar en todo el postoperatorio, régimen o medicación constipante. Después de dos o tres días de operado administramos un laxante suave y entre 3º y 4º día indicamos un enema por el tubo de 300 c. c. de agua con una cucharada de sal. El enfermo debe evacuar en el water, bien informado de que seguramente expulsará el tubo y algunas mechas. La enfermera debe curarlo, cortando las gasas que se han desprendido parcialmente y aplicando un apósito. En los días siguientes deben vigilarse las heridas, evitando que los bordes mucosos adhieran entre ellos o al fondo de la incisión. A los 7 días debe comenzar la exploración del conducto y maniobras digitales de acción modelante.

Complicaciones. Nos referiremos solamente a las complicaciones de la primera semana, dejando para otros capítulos las complicaciones tardías tales como estenosis, incontinencias y fístulas.

45

La vigilancia del operado por el propio cirujano, manteniendo la colaboración síquica del enfermo, permite reconocer oportunamente las complicaciones y tratarlas. El conocimiento vivido de las complicaciones conduce al perfeccionamiento de la técnica operatoria para evitarlas.

El trastorno postoperatorio más frecuente es la **retención de orina**. Resulta de la contracción del esfínter urinario y se manifiesta ya el día de la operación. Es importante reconocer y tratar la retención antes de que se produzca la distensión vesical para evitar la isquemia de la vejiga con la consecutiva hipotonía. Esta hipotonía puede no tener consecuencias importantes en el joven pero puede ser el comienzo de serios trastornos en el viejo prostático.

El enfermo debe orinar antes de las 12 horas de operado. Si no lo consigue en la cama, debe ponerse de pie y aún ir al baño. Es importante la sedación síquica. En último término pasar una sonda blanda.

Debemos considerar como complicación al **dolor** a veces intenso de algunos enfermos. Es fundamental hacer la profilaxis por cuidados síquicos y por una técnica cuidadosa: evitar agresividad y suturas en block de planos diferentes, no colocar mechas apretadas ni tubo grueso o rígido. Un bolo fecal inmediatamente arriba del anillo anorrectal puede ser la causa de dolores intensos.

Frente al dolor es necesario comenzar por el examen de la región, retirando mechas o tubos agresivos, tranquilizar al enfermo y en último término recurrir a medicación sedante.

El uso de anestésicos por infiltración de acción prolongada ha sido preconizada por muchos proctólogos. No la hemos empleado y consideramos que además de algunos inconvenientes, abcedación y fistula, es menos eficaz que la correcta conducción de la operación y el postoperatorio.

El desarrollo de **procesos supurados** bajo forma de abscesos o de supuración en las superficies cruentas no debe atribuirse a la septicidad de las materias fecales. Las causas son operatorias. La cirugía agresiva deja necrosis, zonas de coladas, hilos gruesos no reabsorbibles que desarrollan y mantienen la infección. Si la infección se produce, debe comenzarse por un buen examen y tratar abscesos, drenar recesos supurantes, sacar hilos y como complemento la medicación antibiótica local.

La complicación más seria, pero muy poco frecuente es la **hemorragia**. Dos fallas operatorias están en el origen de la mayoría de las hemorragias. Por una

parte la idea de que la hemóstasis puede lograrse con un mechado apretado. Este recurso puede cohibir un sangrado en el acto operatorio, mientras el cirujano está comprimiendo. Al terminar la compresión puede mantenerse cierta hemóstasis con el mechado, pero en el postoperatorio inmediato la intolerancia de éste y los movimientos de la región lo harán ineficaz y la hemorragia se reiniciará. La hemóstasis operatoria en el segmento esfinteriano requiere ligadura, hilo fino, reabsorbible, tomando solo el punto que sangra.

La otra causa de hemorragia postoperatoria es la falta de corrimiento sanguíneo en la operación cuando se opera en decúbito ventral. En esta posición las venas están vacías y su herida no produce sangrado. Los cirujanos que operan en esa posición son, por este motivo muy cuidadosos en la hemóstasis, pero los que operan habitualmente en decúbito dorsal pueden dejar cuando operan en decúbito ventral vasos que sangren abundantemente al colocar al enfermo en decúbito dorsal en la cama.

46 La hemorragia puede manifestarse por sangre que mancha los apósitos y las ropas. Al levantar los apósitos externos pueden aparecer gruesos coágulos que traducen la importancia del sangrado. Otras veces, sin hemorragia a la vista el enfermo presenta un cuadro de anemia aguda que obliga a pensar que está sangrando en la cavidad rectal, lo cual constituye una situación que requiere medidas rápidas.

En la hemorragia discreta, el tratamiento consiste en tranquilizar al enfermo y al ambiente familiar, colocarlo en decúbito ventral, usar coagulantes y mantener una vigilancia permanente. Ante las manifestaciones de que la hemorragia es de cierta entidad o que persiste es necesario requerir transfusión sanguínea y sala de operaciones.

Al retirar el apósito y coágulos del recto puede suceder que la hemorragia haya cesado. Si persiste, debe reconocerse claramente al punto que sangra, pinzándolo y hacer ligadura fina o electrocoagulación.

En nuestros operados hemos tenido alguna retención de orina que requirió sonda, algunos enfermos con dolores que necesitaron medicación calmante, pero no hemos tenido hemorragia que requiera reintervención.