

**ANITIS**

Las anitis son las inflamaciones de la mucosa del segmento esfinteriano del recto.

No son inflamaciones sépticas, como lo haría pensar la importante pululación microbiana de la región. Las heridas e infecciones de esta región, no se infectan con las materias fecales si no hay condiciones particulares, necrosis, recesos, isquemia, cuerpos extraños, etc. La inflamación de las anitis es fundamentalmente una inflamación alérgica, particularmente frecuente en esta región de transición mucocutánea, muy sensible a estos fenómenos. En ese sentido lo sugieren los caracteres del proceso anal, la rápida mejoría con la medicación antialérgica, la asociación con fenómenos alérgicos en diversos territorios cutáneos y fundamentalmente los factores causantes del proceso.

**Ciertos alimentos**, pescado, mariscos, ajíes, etc. y ciertas bebidas; reconocidas como ricos alérgenos, provocan anitis en determinadas personas. No puede pensarse en irritación o infección por las materias fecales, porque el proceso se inicia habitualmente antes de la deposición.

**Ciertas ropas interiores** o tinturas en ellas, pueden provocar anitis. El nylon es causa frecuente.

**Los antisépticos** locales usados para la higiene provocan a veces fenómenos extendidos a todo el perineo y raíz de los muslos.

**Los parásitos intestinales** están en el origen de muchas anitis.

**Diversos medicamentos**, en especial ciertos antibióticos, conocidos por los fenómenos alérgicos que provocan, son causa frecuente de anitis.

**Las bacterias**, alojadas en criptas y recesos del conducto anal, actuando como elementos alérgicos, conducen a asociaciones variadas de inflamaciones sépticas y alérgicas. En la margen del ano, la septicidad de la piel erosionada por el rascado, es factor importante en el mantenimiento de las anitis.

La anitis se inicia en general bajo forma de episodio agudo. Nuevos episodios van constituyendo alteraciones que conducen a las anitis crónicas.

En la forma aguda el enfermo acusa dolor, ardor, sensación de quemadura en el conducto en el momento de la evacuación y prurito en la margen. El examen muestra edema y congestión especialmente en la línea criptopapilar. Las papilas están edematosas, rojas, muy sensibles.

En las formas crónicas el sufrimiento es permanente, con empujes agudos periódicos. La línea criptopapilar es lugar de los procesos más importantes. El

edema de las papilas ha dado lugar a la hipertrofia, constituyendo así pólipos que pueden tener largos pedículos que se exteriorizan por el ano. Las criptas tienen su borde libre grueso, duro y se han hecho más profundas, reteniendo materias fecales y moco. El tacto digital muestra el endurecimiento propio de ésta criptopapilitis.

La mucosa de la zona baja del conducto está espesada, succulenta, prolapsada fuera del orificio anal. La margen del ano presenta las lesiones propias del llamado prurito anal, en parte de tipo alérgico y en parte por el rascado.

El tratamiento fundamental debe ser dirigido a los factores causales, después de su meticolosa investigación. Repasar uno a uno los factores que anotamos y no olvidar que una cripta puede ser el escondite de gérmenes microbianos, cuya acción se ejerce por el mecanismo alérgico.

82 Complementando ese tratamiento es muy útil la medicación local. Hasta hace poco tiempo se usaban pomadas y supositorios con antisépticos y antibióticos, con el criterio de que la anitis era un proceso infeccioso. Se agregaba un tratamiento sintomático con anestésicos, decongestivos, cicatrizantes. Actualmente la medicación principal son los corticoides por vía local en general o aún parenteral, los heparinoides, y los anti-histamínicos.

De existir focos infecciosos o formaciones polipoideas a nivel de criptas o papilas, que actúen como factores de mantenimiento de la anitis, deberán ser tratadas quirúrgicamente fuera de los episodios agudos.

## FLUXION AGUDA PROLAPSANTE

Estudiamos con este nombre el proceso agudo de fluxión congestiva y edematosa de la submucosa anal, que conduce a la exteriorización o prolapso de la mucosa.

Consideraremos en primer término la forma pura o simple de fluxión. A continuación, trataremos los procesos infecciosos que en formas variables suelen acompañar a la fluxión aguda y luego las posibles asociaciones con procesos hemorroidarios. Este planteamiento, tiene por objeto evidenciar diferencias en procesos que se estudian habitualmente en conjunto y que requieren diferentes orientaciones terapéuticas.

**Fluxión aguda simple.** El proceso se inicia y evoluciona en forma rápida, en ocasiones brusca, desarrollándose en enfermos con antecedentes hemorroidarios o infecciosos de la región anal, muy a menudo con simples historias de anitis o sin pasado patológico anal. El enfermo acusa dolor y sensación de ocupación en la región perineal con incomodidad para sentarse o caminar. En la forma simple el sufrimiento es discreto.

El examen muestra una gruesa masa edematosa y congestiva. Mucosidades a veces sanguinolentas recubren al proceso, dificultando su examen. El proceso está constituido en su periferia por un rodete circular, a veces segmentario, en general pálido, resultante de la distensión edematosa del área laxa de la margen del ano o espacio perianal. Por dentro de este rodete suele aparecer un rodete rojo vivo, de mucosa rectal, resultante del edema submucoso del sector alto y de la tracción prolapsante por la distensión del sector bajo. Un surco entre ambos rodetes, fácil de reconocer a la inspección o a la palpación, es producido por las conexiones fibrosas que normalmente fijan la mucosa a las estructuras esfinterianas en el sector medio del conducto anal.

Reconocido el proceso, es fundamental investigar otros procesos tales como hemorroides y sus complicaciones, procesos sépticos diversos, fisuras, necrosis, etc. Para ello es necesario completar el examen con una suave exploración

digital. En la fluxión simple, el dedo puede introducirse sin mayor dolor en el conducto anal no habiendo contractura estrangulante del esfínter.

La patogenia de la fluxión aguda simple es fundamentalmente alérgica. Se produce por el uso de algún supositorio medicamentoso o por ingestión de ciertas sustancias, mariscos, alcohol, ají, etc. Su iniciación brusca, la falta de síntomas infecciosos generales, la aparición de otras manifestaciones de alergia y la prueba del tratamiento, confirman su origen alérgico.

En la fluxión aguda simple la evolución es favorable en pocos días, con regresión prácticamente total. Las recidivas son frecuentes, correspondiendo a su origen alérgico, pudiendo conducir a una fibrosis que forma un rodete duro que toma parte o toda la circunferencia del ano.

El tratamiento es simple y consiste en reposo, compresas húmedas emolientes, pulverizaciones astringentes, ácido fénico al 1 %, y fundamentalmente enzimas anti inflamatorias inespecíficas por vía bucal, medicación focal con inyecciones de hialuronidasa y aplicaciones locales de corticoides.

No hay justificativo en la fluxión simple para hacer maniobras de reducción hacia el recto de la masa edematosa. En general, como es lógico, no se logra la reducción y si se le lleva por arriba del esfínter, el descenso a su posición normal es la regla.

La anestesia del esfínter, realizada con el criterio equivocado de que hay una estrangulación no se justifica. Permite, a lo más, hacer la reducción de la masa edematosa, que volverá a su lugar inmediatamente.

La resección quirúrgica de las masas edematizadas no tiene indicación y además puede dejar secuelas perjudiciales.

**Fluxión e infección.** La infección es un hecho frecuente en la fluxión aguda, actuando posiblemente como factor alergénico en muchas circunstancias. Se encuentran a menudo antecedentes de infecciones anales y el estudio del enfermo muestra manifestaciones generales y locales de infección.

El comienzo del proceso por un estado febril y chicho de frío y la evolución con las características del infectado, deben hacer buscar al proceso infeccioso. Cierta grado de anitis es habitual, pero es de más interés la presencia de abscesos o flemones en el área anal. Su reconocimiento es fácil si suavemente se hace una exploración bien dirigida.

El tratamiento oportuno de estos abscesos y flemones, permite una evolución favorable de la afección, pero puede suceder que se desconozca su existencia o se haga un tratamiento incorrecto por la presencia de la fluxión, en cuyo caso la infección puede tomar un carácter de difusión y necrosis que llegue a ser fatal.

El tratamiento local de la infección y las directivas propias de la fluxión aguda deben ser completados con el uso de antibióticos y terapéutica general anti-infecciosa.

**Fluxión y hemorroides. Trombosis.** La fluxión prolapsante es relativamente frecuente en antiguos hemorroidarios, especialmente en los enfermos con prolapso hemorroidario. El ambiente laxo de deslizamiento, la congestión habitual y cierto grado de infección favorecen el proceso fluxionario.

La masa exteriorizada es particularmente voluminosa, tensa, de color violáceo oscuro y con erosiones frecuentes de la mucosa y salida de abundante serosidad más o menos turbia. La masa está constituida en parte por el edema fluxionario, pero fundamentalmente por las masas venosas tensas. El volumen de estructuras exteriorizadas y el edema producen la irreductibilidad de la masa, lo que agregado a su color violáceo y distensión venosa dan una impre-

sión de estrangulación. En cierto modo podríamos aceptar este fenómeno, pero lejos de considerar a la estrangulación como el proceso primario.

Las venas dilatadas son lugares de estasis sanguínea y de procesos infecciosos que conducen a trombosis y a flebitis. Los trombos, a veces voluminosos, dan un aspecto irregular a la masa y se reconocen claramente a la palpación suave. La supuración produce abscesos o flemones cuya evolución varía desde la simple abertura espontánea hasta la difusión grave.

La tromboflebitis no queda limitada a las venas hemorroidarias sino que puede extenderse a las venas pelvianas y ser motivo de embolias. Las embolias son más posibles si se pretende, por maniobras, reducir al recto la masa prolapada, porque disgrega coágulos y difunde el proceso.

La regresión del proceso fluxivo deja los "mariscos" resultantes de la organización de las trombosis, pero la fibrosis inflamatoria provoca la fijación de la mucosa suprimiendo el prolapso anterior y disminuye el calibre de las venas enfermas. En resumen tiene la misma acción benéfica sobre las hemorroides que las inyecciones esclerosantes.

84

El tratamiento se basa en las mismas directivas que en la fluxión aguda simple. Las maniobras de reducción no sólo son inútiles sino muy riesgosas por las posibles embolias. La intervención quirúrgica de exéresis, que algunos practican, puede justificarse en algunos casos, pero preferimos esperar la terminación del empuje agudo para resolverla.

En ciertos casos de gran empastamiento con trombosis e infección puede plantearse la indicación de incisiones radiadas sobre las masas de coágulos. La fluxión aguda en el hemorroidario tiene, como hemos visto, particularidades tan importantes, dependientes de las hemorroides, que es lógico considerar al enfermo clínicamente como un hemorroidario y secundariamente la complicación fluxionaria. Pero al enfocar el tratamiento no descuidar el factor fluxión.

**Fluxión y fisura.** Los casos de esta asociación, no excepcionales, se caracterizan por el dolor intenso propio de la fisura en la evacuación, en el examen y aún en el reposo. El diagnóstico es necesario, porque el proceso impone el tratamiento quirúrgico inmediato de la fisura.

**Fluxión y necrosis.** La necrosis en placas o extendida de la mucosa prolapada puede depender de fallas circulatorias locales. Más a menudo resulta de la distensión intensa por el edema y la congestión. Pero la causa más importante es el factor infeccioso. Debe investigarse con especial atención para indicar el tratamiento local y general correspondiente.

## FIBROSIS ESTENOSANTE DEL ORGANISMO ESFINTERIANO

El proceso inflamatorio séptico que se inicia en la mucosa anal o más específicamente en el área criptopapilar, puede ser de tipo supurado conduciendo a los abscesos o puede ser de tipo reaccional conjuntivo o fibrosis inflamatoria. La fibrosis invade estructuras en profundidad y en superficie y por su particular retractilidad acorta el conducto anal y estenosa su luz. La estenosis, que da jerarquía clínica al proceso, justifica la denominación que le aplicamos.

Iniciado el proceso inflamatorio en el área criptopapilar se extiende en superficie y en profundidad. Invade especialmente por los espacios conjuntivos, conduciendo a difusiones muy variadas. Desde el punto de vista práctico consideraremos tres formas de estos procesos.

**Fibrosis submucosa.** En esta forma la fibrosis inmoviliza la mucosa del sector bajo del conducto anal, fijándola sobre el plano esfinteriano más o menos

invadido. El sector afectado aparece duro, liso, acartonado, parcialmente estenosado y casi bloqueado para el cierre total así como para la dilatación. Esta estenosis puede dar trastornos de la evacuación. La falta de deslizamiento mucoso hace agresivas a las materias duras y se producen lesiones que agravan el proceso inflamatorio.

El sector alto del conducto anal no participa prácticamente en la fibrosis pero las condiciones dinámicas regionales conducen a la formación de paquetes hemorroidarios internos. Esta asociación de hemorroides y fibrosis baja es frecuente.

**Esfínter interno.** El esfínter interno puede estar más o menos invadido por la fibrosis. Es un tipo especial de infiltración fibrosa pudiendo estar la mucosa y submucosa libres; se toma predominantemente el borde inferior del esfínter, constituyendo así un anillo firme que el tacto reconoce claramente. Este anillo es un integrante de gran importancia en la fisura del ano, en cuyo estudio volveremos a considerarlo.

Abel, L. desarrolló el concepto de que la formación fibrosa en anillo que se encuentra en las fisuras, era el resultado de la retracción de la zona anal que se estudiaba con el nombre de pecten. Designó con el nombre de pectenosis a este proceso.

Posteriormente se estudió la banda llamada "pecten" y las fibrosis de esta zona, reconociéndose que la misma estaba constituida por el borde inferior del esfínter interno infiltrado por fibrosis inflamatoria. Este hecho, que hemos confirmado, obliga a abandonar el concepto de pecten y de pectenosis.

**Esfínter externo.** La infiltración fibrosa inflamatoria del esfínter externo puede verse como secuela alejada de procesos inflamatorios de la zona de la margen anal, con fijación de la mucosa, fibrosis de corion y fibrosis del haz superficial del esfínter externo.

Su consecuencia puede ser la estenosis de la luz anal.

El tratamiento de las fibrosis inflamatorias debe dirigirse en primer lugar a frenar su actividad transformándola en una fibrosis de cicatriz. Este concepto es fundamental porque la terapéutica cruenta en el proceso inflamatorio es riesgosa, pues exagera la inflamación y difunde la fibrosis, exponiendo a más graves estenosis. Hecho el tratamiento de la inflamación, recién surgen los problemas de la corrección cruenta de la cicatriz que expresamente hemos dejado para el capítulo de Disquezias.

El tratamiento de los focos iniciales criptopapilares es la manera de prevenir la inflamación extendida y debe ser considerada, una vez desarrollada ésta, un tiempo fundamental para evitar su mantenimiento y evolución.

El calor puede aplicarse en varias formas. Es de utilidad la dilatación diatérmica, y entre otras medidas, puede hacerse: calor-diatermia; anti-inflamatorios inespecíficos, Tromasin, etc.; hialuronidasa; corticoides.

## PERIRRECTITIS ESTENOSANTE

La fibrosis inflamatoria de la pared rectal provoca su acartonamiento reconocible al tacto y a la endoscopia. Su tratamiento es incruento, en parte sintomático, pero dirigido particularmente a los factores patogénicos que son: amibianos, microbianos, tóxicos, humorales, etc. La rectitis no produce por si sola la estenosis del recto. Esta complicación que es del dominio del cirujano por la posible indicación operatoria, es provocada por la fibrosis perirrectal.

La perirrectitis estenosante se desarrolla por diversos mecanismos que, a los fines de la exposición los consideraremos en tres grupos de acuerdo con el origen del proceso inflamatorio.

- Iniciada por una rectitis.
- Iniciada en órganos genitales.
- Iniciada por herida u operación pelviana.

Cualquiera que sea el mecanismo productor de la perirrectitis, debemos considerar que el tejido conjuntivo ofrece condiciones particulares para hacer el proceso fibroso. Se ha invocado una constitución mesenquimatosa especial, infecciones crónicas fibrosantes como la sífilis y la tuberculosis, intoxicaciones crónicas como el alcoholismo. Este terreno o particularidad de fondo confiere cierta uniformidad a los procesos anatómicos por diferentes factores y debe ser considerado especialmente en el planteamiento terapéutico.

**Iniciada por una rectitis.** El enfermo relata que desde años atrás sufre de diversos trastornos rectales que configuran el cuadro clínico de la rectitis: dolores, tenesmo, moco, sangre, pus. Pudo haber sido examinado, reconociéndole una rectitis granulosa. Esta rectitis puede mantenerse como tal pero es ese tipo de proceso el que habitualmente precede a la perirrectitis estenosante.

86

En el momento de estar constituida la fibrosis perirrectal, los procesos de la mucosa son más intensos. A veces sigue siendo una rectitis granulosa, pero con más frecuencia se hace "proliferante", presentando infinidad de formaciones nodulares, blandas, de tamaño variable desde un grano de arroz a una avellana. La endoscopia no reconoce la alteración tan bien como el tacto. Hay ulceraciones que sangran al tacto.

La fibrosis estenosante produce una disquezia o dificultad de evacuación. Se reconoce en el segmento esfinteriano donde infiltra hasta las masas musculares, dándole una consistencia dura, pero que no llega a ser de la dureza de la infiltración neoplásica. Más arriba la fibrosis interesa la pared rectal hasta su parte alta.

La fibrosis se presenta habitualmente bajo forma de anillos de estenosis. Pueden ser únicos o múltiples. Se observan a veces en la parte media del conducto anal. Más frecuente es la estenosis en la unión anorrectal. En el recto, su lugar común es al nivel de la base de la próstata o fondo de saco vaginal. Los anillos de estenosis, cuando son múltiples, pueden estar separados por áreas no estenosadas, pero a veces se constituyen tubos de estenosis de longitud variable. Anillos o tubos pueden llegar hasta el recto sigmoide.

Si la estrechez deja pasar el dedo, se comprueba que es resistente pero de cierta elasticidad. En su evolución se hace infranqueable al dedo y a un explorador y en casos excepcionales ha llegado a cerrarse totalmente la luz, en rectos destransitados por una colostomía

La perirrectitis presenta con frecuencia focos de supuración, que siguen dificultosamente trayectos tortuosos hacia el órgano esfinteriano, abriéndose en su margen o en el perineo. Anitis, fibrosis difusa esfinteriana, abscesos y fistulas, completado con un edema muy importante y con formaciones condilomatosas, dan a la región anoperineal un aspecto particularmente característico.

Es de rigor pensar siempre en el cáncer, pero es fácil hacer su eliminación por las características especiales del proceso y a mayor seguridad por la biopsia. El estado general de estos enfermos está seriamente afectado por la infección crónica, la supuración, las hemorragias, los trastornos de evacuación, la repercusión psíquica y habitualmente serios problemas morales. El enfermo adelgazado, anémico, desnutrido, entra en un estado de caquexia que termina con su vida si no se practica un tratamiento riguroso general y destransitación del recto.

Los ganglios inguinales y retrocraurales están habitualmente groseramente in-

fartados, habiendo edema intenso en la raíz del pene y el perineo y en los territorios perineo vulvares.

El estudio anatómico de la pelvis es muy ilustrativo sobre el proceso de perirrectitis estenosante. Un tejido fibroso, duro, que infiltra todo el espesor de la pared rectal se extiende en la perisferia llegando a los órganos vecinos a los que se fija, adhiriendo a las paredes pelvianas y difundiéndose por áreas conjuntivas hacia el abdomen y hacia el perineo. En su espesor hay focos supurados, áreas de necrosis y trayectos supurantes que en algunos casos constituyen redes endemoniadas de canales.

Hartmann, H. C. describió en 1931 las características clínicas de la perirrectitis estenosantes en el capítulo sobre Rectitis Estenosantes, pág. 166 a 236, en una forma que obliga a recomendar su lectura. Agrega una bibliografía completa del tema.

Múltiples patogenias han sido consideradas en la perirrectitis estenosante. Se han publicado observaciones referentes a la amibiasis, la tuberculosis, la biliarziosis, la colitis ulcerosa, etc., pero todos esos posibles orígenes han sido discutidos por los que han estudiado con profundidad el proceso. Lo que nadie discute es la acción patógena de las infecciones venéreas.

Desde la antigüedad se sabía que este proceso fibroso y supurante, que se producía en gentes de vida libertina estaba en relación con enfermedades venéreas.

A fines del siglo pasado se consideró por muchos, que era producida por la sífilis y según algunos por el gonococo.

Fournier, A. hizo en 1875 una descripción muy ilustrativa del proceso, atribuyéndolo totalmente a la sífilis. La enfermedad se denominó durante decenas de años con el nombre de sifiloma anorrectal de Fournier.

Entre 1930 y 1940, hubo casi un acuerdo en considerar que la perirrectitis estenosante era provocada por el agente de la enfermedad de Nicolás y Favre y las más diversas investigaciones demostraron su evidente participación en estos procesos. No podrá sin embargo, descartarse la participación de la sífilis y otras enfermedades venéreas.

Los enfermos con perirrectitis estenosante iniciada en una rectitis, son pedestradas, habitualmente de vida muy irregular, lo que obliga a considerar que las diversas enfermedades venéreas están en juego. El concepto de rectopatía venérea debe primar sobre las opiniones de que el gonococo, el Ducrey o los agentes de la sífilis y la enfermedad de Nicolás y Favre, pueden aisladamente provocar la rectitis y perirrectitis estenosante.

En las últimas décadas la perirrectitis estenosante ha disminuído en forma radical. Entre 1930 y 1940 había siempre uno o más enfermos de dicho proceso en salas de 20 camas. Después de esa época sólo hemos visto dos enfermos y ninguno de ellos era de nuestro medio. Debemos atribuirlo a los beneficios de la higiene sexual y al uso de sulfamidas y antibióticos en las rectitis desde su comienzo.

El tratamiento podemos esquematizarlo con tres directivas: medicación anti-infecciosa general, medicación antiséptica de la rectitis, tratamiento inespecífico de la estenosis fibrosa.

La medicación general debe dirigirse fundamentalmente a las enfermedades venéreas. Es útil investigar por sus reacciones propias su posible participación en el proceso, pero creemos que con cualquier resultado la terapéutica debe dirigirse a todas. La penicilina por su acción sobre la sífilis y las sulfamidas por su acción sobre la enfermedad de Nicolás y Favre son esenciales. Si hay otros factores patogénicos, hacer su tratamiento.

El tratamiento de la rectitis se hace por enemas antisépticos inespecíficos y específicos, emolientes, anticongestivos, etc.

En cuanto a la estenosis su tratamiento incruento se realiza por el calor, por las dilataciones simples o por la dilatación diatérmica. El uso de los corticoides no ha dado beneficios.

La indicación quirúrgica se planteaba en casos rebeldes o muy avanzados. Es fundamental en esos casos hacer antes de indicar la operación un intenso tratamiento incruento que puede ser suficiente, evitando así la intervención que es dificultosa y de resultados precarios. Practicada la operación es necesario continuar con la terapéutica general.

Cuatro operaciones podemos considerar en la perirrectitis estenosante.

**Sección de un anillo de estenosis.** Esta intervención que puede presentarse como lógica por lo limitado del proceso estenosante, en anillo, es riesgosa por las hemorragias e infecciones pelvianas y expone a la recidiva.

88

**Resección de recto con anastomosis colorectal baja.** Esta operación puede dar buenos resultados si se practica en las etapas iniciales de la enfermedad, pero en nuestros días, debemos preferir en esas condiciones el tratamiento incruento que sin riesgos es satisfactorio. La operación en procesos muy evolucionados es particularmente difícil, porque la fibrosis ha hecho desaparecer los espacios de tránsito del cirujano, las fallas de la sutura anastomótica en medio séptico es frecuente y en último término, el resultado funcional es mediocre por la participación del órgano esfinteriano en el proceso fibroso.

**Resección o amputación y colostomía.** Esta operación sería la ideal para los procesos muy evolucionados con estenosis importante. Debe recordarse que la exéresis del recto con perirrectitis fibrosa, es mucho más difícil y riesgosa que en el cáncer.

**Colostomía.** El estado general grave del enfermo, condiciones regionales o lesiones inextirpables por adherencias a vísceras vecinas, justifican la colostomía. Debe practicarse en colon descendente o aún mejor en colon transversal izquierdo para evitar que la frecuente extensión del proceso rectal y perirrectal invada la colostomía. El cabo distal de la colostomía debe quedar abierto para lavar, desinfectar, tratar al recto.

**Iniciada en órganos genitales.** Las infecciones tubo-ováricas fueron, en otras épocas, de gran importancia. Los procesos plásticos, inflamatorios, constituían el clásico enyesado pelviano. El tacto rectal permitía en estos casos reconocer estenosis bien claras del recto, aún cuando lo habitual era que no muchas llegaban a dar sintomatología rectal.

En nuestros días estas intensas inflamaciones genitales de la mujer son excepcionales, porque se hace profilaxis y tratamiento oportuno, pero en procesos más discretos puede reconocer el tacto rectal su influencia sobre el recto. Conviene recordarlo para no desconocer el proceso genital responsable, en una enferma con manifestaciones patológicas al tacto o a la endoscopía.

El proceso plástico domina en el área peritoneal por lo que la zona afectada es el recto alto o el recto sigmoide. En algunas oportunidades compromete al subperitoneo provocando una fibrosis pelviana importante. Los agentes piógenos pueden ser los causantes, pero es muy frecuente el origen tuberculoso genital de estas fibrosis del subperitoneo pelviano.

El tratamiento debe dirigirse en primer término a los procesos tubo-ováricos, curando habitualmente a las enfermas. En segundo término se actuará sobre el recto.

Una enferma de 24 años fue operada por una oclusión al nivel del recto, practicándole una colostomía derecha en el transversal. Nos fue enviada para tra-



tar su lesión rectal que era una estenosis circular, casi completa, en anillo, a la altura del fondo de saco vaginal. La mucosa no deslizaba pero estaba sana. Por el examen genital se reconocía un proceso anexial. En la operación por mediana infraumbilical se encontró una tuberculosis genital, estando el ovario y trompas del lado izquierdo adherente al recto. Liberación y anexectomía izquierda. La enferma se somete a un tratamiento antituberculoso riguroso por especialista de jerarquía. Mejora, pero a los 6 meses es necesario reseca la zona de estenosis y posteriormente cerrar la colostomía.

Los abscesos de la próstata pueden invadir los espacios que rodean el recto bajo, provocando fístulas hacia el perineo y fibrosis que estenosa al recto. Estos procesos, frecuentes en épocas pasadas no llegan a obstruir totalmente la luz del recto. Son casos excepcionales en la actualidad.

El cuello uterino puede ser fuente de infecciones que invadan el parametrio y los ambientes perirectales.

Entre ellas son de especial repercusión rectal las de la enfermedad de Nicolás y Favre. En esta enfermedad, se suelen tomar los linfáticos que desde el cuello uterino contornean los lados del recto, para ir a los ganglios posterolaterales de la pelvis. La fibrosis tan característica originada por ésta linfangitis, con edema importante, provoca un anillo de estenosis en el recto que estará siempre a unos 7 centímetros del ano, correspondiendo al trayecto linfático sobre la lámina de sostén o lámina pelviana.

Esta estenosis no llega a la oclusión completa. Provoca solamente una disquiza. Su tratamiento es por las sulfamidas y la dilatación diatérmica.

**Iniciada en heridas u operaciones.** Las estenosis por perirectitis producida en heridas de la pelvis o en intervenciones quirúrgicas son en nuestros días un problema más importante que las estenosis por rectitis o de causa genital por ser mucho más frecuentes. Además plantean el problema de su prevención en base a la responsabilidad del cirujano.