

ANO-RECTO-PLASTIA AMPLIADA *

Dr. J. M.^o GALARD PARIS

EN 1948 empezamos a poner a punto un procedimiento personal de hemorroidectomía que publicamos en 1956 en los archivos del Hospital de la Cruz Roja. Se trata de un procedimiento plástico por despegamiento y descenso de uno o dos colgajos cutáneo-mucosos que comprenden toda la patología anal, hasta exteriorizar mucosa sana que se secciona y se sutura al borde interno de haz subcutáneo del esfínter externo.

Los colgajos pueden ser anterior y posterior o laterales. Una porción de canal anal entre ambos es respetada, lo que evita la estenosis cicatricial conjuntamente con la interposición de mucosa sana descendida que cubre la porción de canal anal en que la piel ha sido extirpada.

Este procedimiento es muy radical y extirpa toda la patología anal asociada: Hemorroides, fisura, papilas, criptas, fibroma suprahemorroidal, etc.

La idea de despegar un colgajo cutáneo mucoso nos llevó en ciertos casos a practicar la ano-rectoplastia con colgajo grueso, que comprende la mucosa, la capa mus-

cular circular y parte de la longitudinal. Se trata de una resección parcial de la pared rectal. Denominamos a este procedimiento ano-rectoplastia ampliada.

Su indicación son los procesos que afectan la parte inferior de la ampolla rectal y del canal anal cuando penetran las capas musculares esfinterianas. Generalmente se trata de abscesos y de tumora-

ciones. El absceso retro-hemorroidal despegaba a veces la mucosa y parte de la capa muscular hacia arriba sobrepasando el elevador. Después del drenaje, la cápsula puede quedar localizada muy alta, dando lugar a abscesos de repetición. En el caso de un colega, quedó una cápsula con un granuloma que se palpaba por encima del pubo rectal. Periódicamente daba lugar a rectorragias importantes. Fue operado dos veces en un Hospital especializado en el extranjero, sin que curara. Una ano-rectoplastia ampliada logró exteriorizar la lesión descendiendo un colgajo que comprendía la pared rectal posterior hasta intestino sano.

Los epitelomas de canal anal,

* Comunicación presentada en el X Congreso Español de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición. Oviedo, junio de 1965.

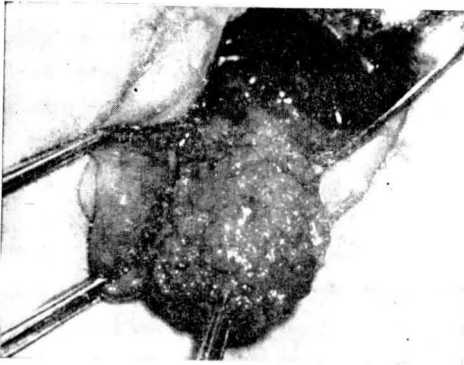


Fig. 1. — Adenocarcinoma de implantación baja en ampolla rectal, muy vegetante y no infiltrante, en enfermo de 82 años.



Fig. 2. — Sección amplia de la piel, en U, en el cuadrante correspondiente a la implantación del tumor.

especialmente de tipo basocelular, que no son muy infiltrantes y siempre que no hayan ganglios inguinales, los tratamos por este procedimiento.

Los tumores vellosos de situación rectal baja, el carcinoma «in situ», el adenocarcinoma vegetante que no infiltra por fuera de la pared rectal en enfermos de edad muy avanzada con mal estado general, esta intervención es generalmente curativa a su edad.

En el caso de carcinomas bajos muy vegetantes, hemos visto practicar en el Hospital St. Mark's una resección local, evaginando el recto haciendo presa con pinzas de Lane y practicando una incisión elíptica que abarcaba la base de implantación del tumor, suturándose la brecha con puntos sueltos.

En los casos parecidos que hemos operado por una ano-rectoplastia ampliada, la resección ha sido más extensa y el grueso de pa-

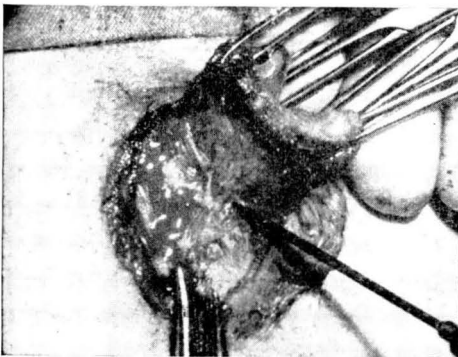


Fig. 3. — Se profundiza la incisión hasta llegar a las fibras longitudinales del músculo conjunto, siguiéndose el despegamiento a lo largo de las mismas.

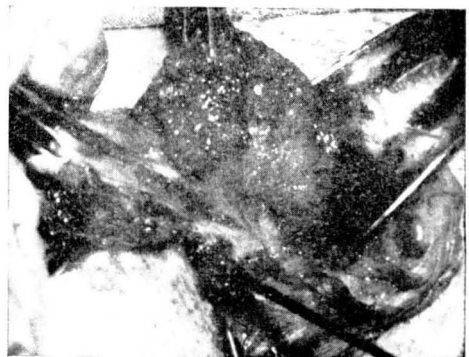


Fig. 4. — Se va descendiendo el colgajo de pared rectal hasta exteriorización de la tumoración.

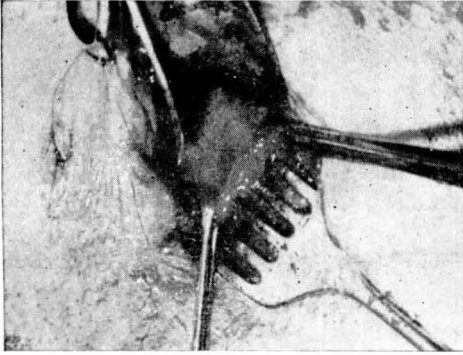


Fig. 5. — Una vez completamente exteriorizada la tumoración, se secciona el segmento de recto y el borde se sutura a la zona muscular esfinteriana.

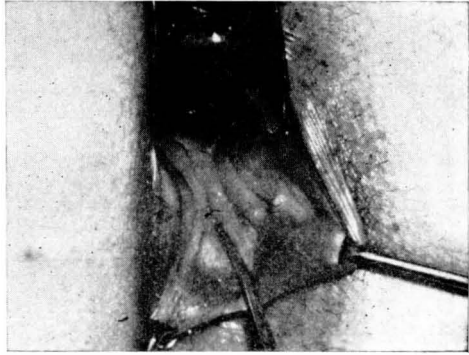


Fig. 6. — Absceso retro-hemorroidal de localización alta, fistulizado.

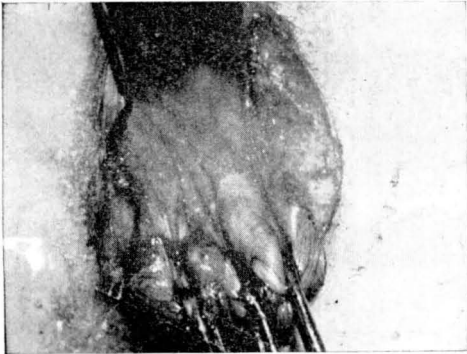


Fig. 7. — Descenso del colgajo de pared rectal a partir de incisión en piel.



Fig. 8. — Colgajo visto por su aspecto posterior en que se observa la capsula abscesal junto al puborectal.

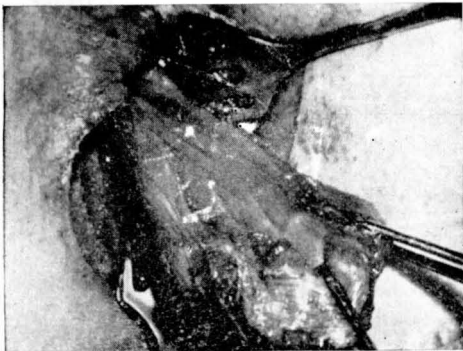


Fig. 9. — Ha sido exteriorizado el colgajo que comprende la capsula abscesal.

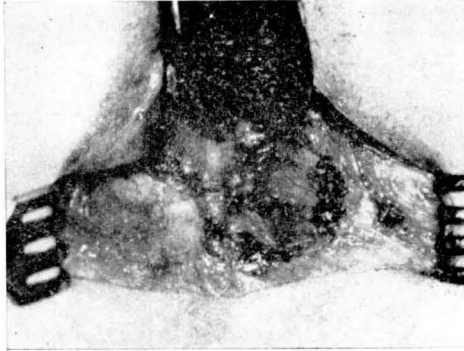


Fig. 10. — El colgajo ha sido seccionado a nivel de la pared rectal sana y su borde suturado a la zona esfinteriana más externa.

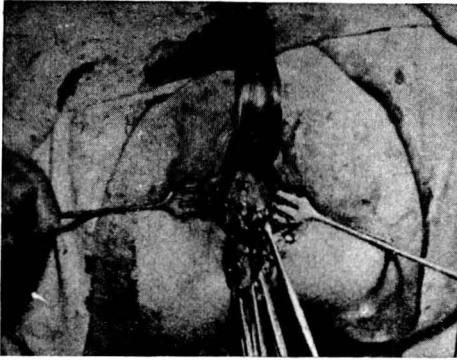


Fig. 11. — Exteriorización de un granuloma inflamatorio y capsula abscesal residual, profundamente situados en parte baja de ampolla rectal.

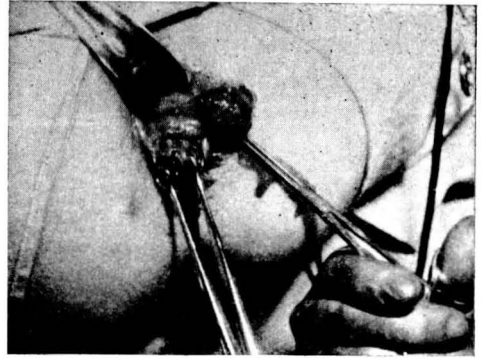


Fig. 12. — Carcinoma «in situ».

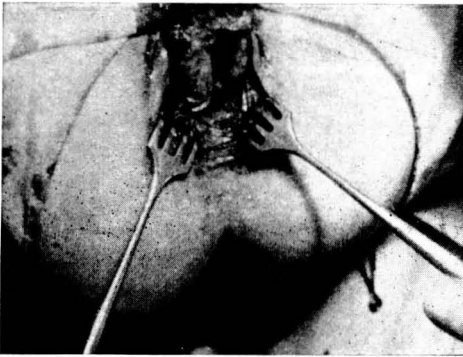


Fig. 13. — Disección de un colgajo de pared rectal. La porción muscular esfinteriana externa es retraída hacia afuera por separadores.

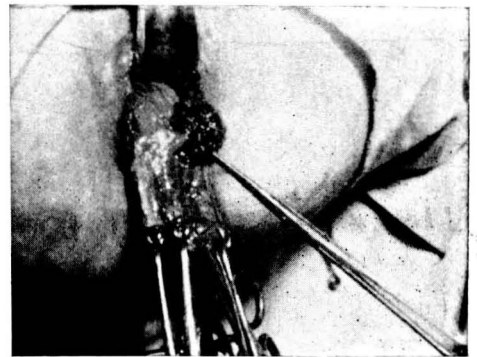


Fig. 14. — Exteriorización de la tumoración.

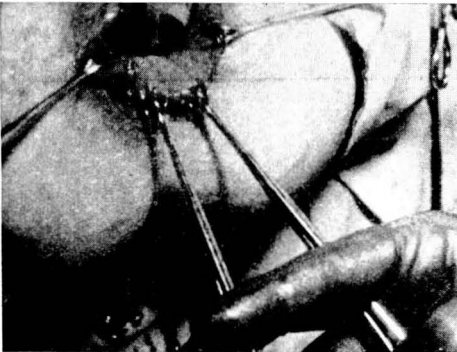


Fig. 15. — El colgajo ha sido seccionado en sitio sano.

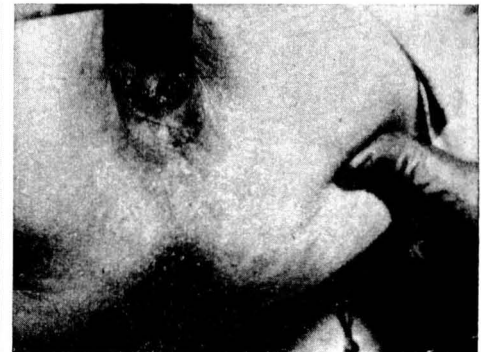


Fig. 16. — Fijación del borde de la pared rectal a zona esfinteriana.

red rectal superior. Consideramos nuestro procedimiento más adecuado por mayor radicalidad.

La técnica es: Una incisión amplia en piel en forma de U con las ramas dirigidas hacia canal anal, situada en la mitad en que el proceso está localizado. Se levanta el colgajo incindiendo hasta encontrar el haz subcutáneo del esfínter externo el cual se separa hacia fuera o se secciona si el proceso es bajo. Al llegar al septum anal o sea la inserción del músculo conjunto en canal anal, éste no se secciona, y se hace un colgajo grueso despegándolo a lo largo de sus fibras. A medida que se progresa en el despegamiento y descenso, se van penetrando en canal anal y recto las ramas de la U hasta que el proceso patológico se exterioriza con el colgajo sin que haya tensión. Es preciso seccionar las fibras musculares y conjuntivas que unen formando cuerpo el pubo rectal al músculo conjunto. Una vez exteriorizada la lesión, hay que

seccionar la capa muscular del recto transversalmente en toda la amplitud del colgajo por encima de la lesión hasta llegar a la submucosa, despegar algo más la capa mucosa seccionándola transversalmente en sitio sano.

En la reconstrucción es conveniente pasar una serie de puntos sueltos con catgut crómico desde la parte más externa esfinteriana, hacia dentro hasta coger el borde de la capa muscular del recto que se ha seccionado, fijándolo así a la capa muscular esfinteriana externa. Una segunda línea de sutura fija la mucosa al esfínter. En ciertos casos queda ectropion pero no hacemos nada para evitarlo, pues es preferible éste a una retracción de colgajo con una superficie cruenta que no cicatriza.

BIBLIOGRAFIA

- GALARD PARIS, J. M.^o: Arch. del Hosp. de la Cruz Roja de Barcelona. V. I, n.º 1, 1956 (8-22).
GALARD PARIS, J. M.^o: Arch. Med. de Barcelona. V. II, n.º 5 (23-33).