

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Cirugía de la fístula anorrectal

Drs. RENÉ CÁRDENAS DE LA MAZA, PATRICIO PIZARRO N, Sr. GONZALO CÁRDENAS L

Servicio de Cirugía. Hospital Regional de Talca. Universidad San Sebastián

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es evaluar la experiencia en el manejo de las fístulas anorrectales del Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Talca. En 1995 se inicia un trabajo prospectivo en que se establece que se realizará fistulotomía o fistulectomía a las fístulas interesfinteriana y transesfinterianas bajas, fistulectomía parcial y ligadura clásica a las fístulas transesfinterianas altas y el mismo procedimiento o sólo ligadura elástica a las supraesfinterianas. En junio de 2001 se evalúan los resultados considerando estudio preoperatorio, tipo de fístula, cirugía efectuada, complicaciones postoperatorias, con especial referencia a la incontinencia, tiempo de cicatrización y alta médica. En nuestra serie el 60% fueron fístulas transesfinterianas y el 34% interesfinterianas; el procedimiento más empleado fue la fistulectomía, tuvimos un 10,4% de complicaciones postoperatorias que se resolvieron sin secuelas y un 14,6% de incontinencia menor lo que está dentro de las cifras que publica la literatura.

PALABRAS CLAVES: *Fístula anorrectal, tratamiento quirúrgico, fistulotomía, fistulectomía, ligadura*

SUMMARY

We present our experience in the management of anorectal fistulae at the Surgery Department of the Talca Regional Hospital. In 1995, we started a prospective study with the following procedures: fistulotomy or fistulectomy in inter-sphincteral and low trans-sphincteral fistulae; partial fistulectomy and classic ligature in high trans-sphincteral fistulae and the same procedure or elastic ligature in supra-sphincteral fistulae. The study was closed in June 2001. The following parameters were evaluated: preoperative study, type of fistula, type of surgery, postoperative complications, development of incontinence, healing time and hospital stay. The series showed 60% trans-sphincteral fistulae and 34% of inter-sphincteral fistulae. Fistulectomy was the most common surgical procedure. Postoperative complications without sequelae occurred in 10.4% of the cases; mild incontinence developed in 14.6% of the patients; this figure is comparable to that found in other published reports.

KEY WORDS: *Anorectal fistula, surgical treatment, fistulotomy, fistulectomy, ligature*

INTRODUCCIÓN

La fístula anorrectal es un trayecto anormal con un orificio interno rectal y uno o más orificios externos en la piel perineal, en el 90% son de etiología criptoglandular y consecuencia de un absceso anorrectal.¹ La sintomatología más frecuente es la pérdida de secreción purulenta por el orificio

secundario, ano húmedo y prurito anal. Existen diversas técnicas quirúrgicas para su tratamiento, todas ellas pretenden erradicar la fístula, evitar la recidiva sin producir trastornos de la continencia.

El objetivo de este trabajo es comunicar nuestra experiencia en el manejo de las fístulas anorrectales desde el 1 de enero de 1995 al 30 de junio del 2001.

MATERIAL Y MÉTODO

En 1995 se inició un protocolo prospectivo de tratamiento quirúrgico de la fístula anorrectal; para ello se las clasificó de acuerdo a Parks.² Además, hemos dividido las fístulas tipo II (transesfinterianas) en 2 grupos: altas cuando comprometieron el 50% o más del esfínter externo y bajas cuando el compromiso fue menor del 50%; esta división se realizó con el fin de establecer un criterio para practicar una u otra técnica quirúrgica a las fístulas transesfinterianas. Así, de acuerdo a su clasificación (realizada en el preoperatorio o durante el acto operatorio) se definió el tipo de cirugía: a las fístulas tipo I y II bajas se les realizó fistulotomía o fistulectomía, a las fístulas tipo II altas y tipo III se les realizó fistulectomía parcial más ligadura elástica o sólo ligadura elástica cuando no fue posible practicar la resección del trayecto extraesfinteriano; en el postoperatorio el elástico se tensó una vez a la semana. Las fístulas tipo IV se evalúan de acuerdo a su trayecto y a su etiología antes de decidir cirugía.

El estudio preoperatorio incluyó siempre una colonoscopia corta (60 cm) y los exámenes sanguíneos de rutina. La preparación previa fue con Fleet enema y las indicaciones en el postoperatorio (dieta con residuos, baños de asiento con ácido bórico, analgésicos y lubricantes intestinales) fueron las mismas para todos los grupos.

Se evaluaron diferentes aspectos, especialmente el antecedente previo de drenaje de absceso anorrectal, patología proctológica previa, tipo de fístula, cirugía efectuada, complicaciones postoperatorias; se indagó dirigidamente en cada control los trastornos de la continencia que se produjeron como consecuencia de la operación. Para evaluar el grado de incontinencia usamos la clasificación de Williams³ en que se define continencia mayor como pérdida de deposiciones sólidas sin importar su frecuencia o una pérdida persistente de deposiciones líquidas y continencia menor como pérdida ocasional de deposiciones líquidas o persistentes de gases; después de las 4 semanas de la cirugía.

RESULTADOS

La serie está constituida por 96 pacientes, 70 (73%) hombres y 26 (27%) mujeres. La edad promedio fue de 46 años con margen de 24 y 78 años. Tuvieron patología agregada 23 enfermos, 9 con hipertensión arteria, 7 con diabetes mellitus y 7 con otras patologías. Tres enfermos tenían antecedentes de patología anorrectal previa: 2 habían sido operados de una fístula anorrectal antes del inicio de este protocolo y la actual fístula se ubicó en un cuadrante diferente al anterior, el otro paciente fue

tratado por una enfermedad de Fournier y quedó con una fístula sin resolver. La colonoscopia preoperatoria fue normal en 93 pacientes (96,7%), en 2 (2,2%) se encontraron pólipos que se resecaron endoscópicamente (todos benignos) y en uno (1,1%) se diagnosticó una enfermedad diverticular del sigmoides. El tipo de drenaje de absceso anorrectal previo se muestra en la Tabla 1; la localización del orificio secundario de la fístula se observa en la Figura 1, el orificio interno o primario se localizó siempre siguiendo la ley de Goodsall. La clasificación de las fístulas se muestra en la Tabla 2.

La cirugía efectuada se esquematiza en la Tabla 3, en 2 enfermos se practicó "otra" cirugía: en el portador de una fístula tipo 4 se realizó una fistulectomía parcial y en otro que tenía 2 trayectos se practicó fistulectomía de uno de ellos y ligadura elástica del otro trayecto.

Los enfermos en que se practicó ligadura elástica (n= 18) del esfínter tuvieron caída de éste a los 18 días en promedio, con un margen de 7 y 40 días.

Las complicaciones postoperatorias se observan en la Tabla 4, de los pacientes con complicaciones se reoperaron 5: cuatro con retardo de la cicatrización y uno con un receso, en todos ellos la evolución fue satisfactoria siendo dados de alta con heridas cicatrizadas.

**Tabla 1
DRENAJE DE ABSCESO ANORRECTAL (n= 96)**

	n	%
Espontáneo	47	49,0
Quirúrgico	34	35,4
Sin drenaje previo	15	15,6

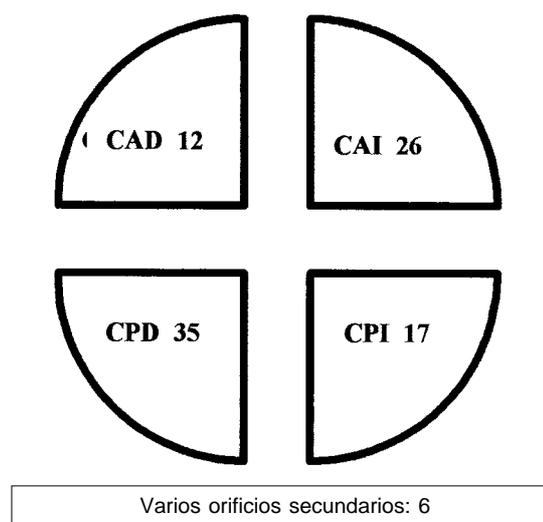


Figura 1. Localización orificio secundario (n= 96).

Tabla 2
CLASIFICACIÓN DE LAS FÍSTULAS (n= 96)

	n	%
Tipo 1	33	34,4
Tipo 2		
Baja	41	42,7
Alta	16	16,6
Tipo 3	5	5,2
Tipo 4	1	1,1

El promedio de cicatrización de las heridas, incluidos los pacientes reoperados, fue de 52 días con margen de 21 a 445 días.

Se presentaron trastornos de la continencia en 25 de 96 enfermos (26%), de ellos persisten después de 2 meses, 15 de 96 (14,6%); además 2 pacientes tenían incontinencia a gases en el preoperatorio lo que no se modificó después de la cirugía de la fístula. La relación entre el tipo de fístula y la incontinencia postoperatoria se detalla en la Tabla 5 siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas.

El seguimiento promedio fue de 5^{1/2} meses, con margen de 30 días y 4 años 5 meses y un promedio de 4 controles a cada enfermo. Los pacientes son dados de alta con la herida perineal cicatrizada y sin secuelas. Aquellos con trastornos de la continencia continúan en control periódico.

Hubo recidiva en un enfermo (1,1%) el que fue reoperado, se atribuyó a que en la primera intervención no se trató la cripta comprometida.

DISCUSIÓN

La serie presentada está constituida en un 73% por hombres, hecho conocido y que se menciona en otras series nacionales.^{4,5} Además, se observó un 15,6% sin antecedentes de un absceso previo lo que se describe en otras publicaciones en alrededor del 30%.⁴⁻⁶ En nuestra serie, el 59,3% correspondió a fístulas tipo II (transesfinterianas) y sólo el 34,4% fueron tipo I (interesfinterianas), similar a lo observado por Bannura⁴ pero inverso a lo comunicado por Parks² en que el 70% fueron

Tabla 3
CIRUGÍA EFECTUADA (n= 96)

	n	%
Fistulotomía	12	12,5
Fistulectomía	64	66,5
Fistulectomía + lig. esfínter	17	17,7
Ligadura	1	1,1
Otra	2	2,2

Tabla 4
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

	n	%
Retardo cicatrización*	5	5,2
Hemorragia**	2	2,2
Receso	1	1,1
Retención urinaria	2	2,2
Recidiva	1	1,1
Sin complicación	85	88,2

*4 reoperados.

**1 reoperado.

interesfinterianas y el 23% transesfinterianas. Una explicación es que un 49% tuvieron drenaje espontáneo del absceso anorrectal dejando un trayecto con mayor compromiso esfinteriano comparado con sólo el 35,4% en que el drenaje fue quirúrgico, cerca del margen anal.

Con relación a la cirugía efectuada, la técnica realizada en las fístulas tipo I y II bajas fue la propuesta en el protocolo, es decir, fistulotomía o fistulectomía, esto corresponde a lo sugerido en publicaciones nacionales y extranjeras^{1,4,5,7} y deben constituir las técnicas de elección; de ellas, la fistulotomía tendría la ventaja de presentar menor incontinencia, dejar una herida perineal de menor tamaño y cicatrizar en menos tiempo.⁷ Las fístulas tipo II altas y tipo III fueron tratadas con ligadura elástica del esfínter, con o sin resección parcial del trayecto fistuloso extraesfinteriano como ha sido recomendado por otros autores,^{7,8} el tiempo de caída del elástico fue en promedio de 18 días aunque en los casos más recientes tenemos la tendencia a dejar el elástico con menos tensión en la cirugía, como también tensarlo con menor intensidad en los controles postoperatorios; ello con la idea de que a mayor tiempo de caída del elástico debiera haber menor incidencia de incontinencia al seccionar con mayor lentitud el esfínter.

Las complicaciones postoperatorias observadas están dentro de las esperadas,¹ 4 de 5 enfermos con retardo de la cicatrización fueron reoperados debi-

Tabla 5
INCONTINENCIA SEGÚN TIPO DE FÍSTULA (n= 96)

	n	%
Tipo 1	2/33	6,1
Tipo 2 baja	7/41	17,1
Tipo 2 alta	4/16	25,0
Tipo 3	3/5	37,5
Tipo 4	0/1	0

p < 0,05.

do a una zona del conducto anal sin cicatrización, en ellos se practicó un drenaje perineal logrando en todos los casos la cicatrización completa. Hubo sangrado postoperatorio en 2 pacientes, en uno de ellos fue necesario la hemostasia en pabellón con evolución posterior sin incidentes.

Tuvimos un 26% de incontinencia en el postoperatorio (25 de 96 enfermos), sin embargo, este número disminuyó a 15 pacientes (14,6%) después de las 4 semanas y no ha disminuido en el seguimiento posterior; esta cifra está dentro de lo comunicado en la literatura y que varía entre 0 y 63%.^{4,5,9-11} Como también se menciona en estos trabajos, los trastornos de la continencia aumentan a medida que el compromiso del aparato esfinteriano es mayor, en nuestra serie es de 6,1% en las fístulas tipo I o Interesfinteriana aumentando progresivamente hasta 37,5% en las fístulas tipo III o supraesfinterianas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Es fundamental, entonces, que el cirujano tenga un acabado conocimiento de la anatomía de la región perineal e identifique lo más certeramente posible el grado de compromiso esfinteriano, de esta manera podrá elegir la técnica quirúrgica más adecuada a cada paciente y minimizará los riesgos de esta complicación que en ocasiones altera gravemente la calidad de vida de los enfermos. Es recomendable, además, que ante dudas respecto al grado de compromiso del esfínter, tener una conducta conservadora.

Por otra parte, hemos visto que la incontinencia de algunos pacientes disminuye en el postoperatorio después de las 4 semanas, a veces 8 o más semanas, por lo que es necesario un seguimiento de un tiempo prolongado si se quiere evaluar con precisión los resultados definitivos.

Tuvimos un caso de recidiva de la fístula, probablemente porque nuestro seguimiento es aún, en promedio, de pocos meses; la literatura entrega cifras entre el 0 y el 11%.^{4,5,9-12} Una de las causas mencionadas para explicar la recidiva es la no identificación de la cripta patológica lo que sucedió en nuestro caso; de ahí la importancia de tener el cuidado en identificar con certeza la cripta a tratar; para ello, en caso de duda, puede usarse la inyección del trayecto con agua oxigenada y observar la cripta por la que fluye.

Aunque no hemos realizado otras técnicas diferentes de las mencionadas, existen diversas alternativas que deben ser consideradas para emplearlas en fístulas que no puedan ser resueltas con los métodos habituales, entre ellas destacan el uso de colgajo mucoso^{4,6,8} técnicas "preservadoras de esfínter"¹³ y el uso de fibrina para ocluir el trayecto fistuloso.^{14,15}

CONCLUSIONES

La cirugía de la fístula anorrectal puede ser muy compleja, requiere de un amplio dominio de la anatomía de la región perineal, de un cirujano experimentado que conozca las diferentes técnicas disponibles y que tenga capacidad para manejar las complicaciones postoperatorias como también enfrentar la posibilidad de incontinencia fecal que puede alterar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez G, Garrido R: Manejo de los abscesos y fístulas anorrectales. En: Azolas C, Jensen C (eds). Proctología Práctica. Soc Cir Chile 1992; 84-94.
2. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD: A classification of fistula in ano. Br J Surg 1976; 63: 1-12.
3. Williams JG, MacLeod CA, Rothenberger DA, Goldberg SM: Seton treatment of high anal fistulae. Br J Surg 1991; 77: 898-901.
4. Bannura G, Ricaurte F, Scándar P: Resultados del tratamiento quirúrgico de la fístula anorrectal. Análisis de 70 pacientes. Rev Chil Cir 1999; 51: 615-22.
5. Coñoman H, Rojas M, Kauer G *et al*: Fístulas recto-perineales: resultados del tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir 2000; 52: 511-8.
6. Alamo M: Uso de colgajo mucoso en el tratamiento de fístulas perineales complejas. Rev Chil Cir 1991; 43: 292-5.
7. Wexner SD, Rosen L, Roberts PL *et al*: Practice parameters for treatment of fistula-in ano. The Standards practice task force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Dis Colon Rectum 1996; 39: 1361-72.
8. Bannura G: Algunos procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de las fístulas supra y extraesfinterianas. Rev Chil Cir 1999; 51: 303-8.
9. McCourtney JS, Finley IG: Cutting seton without preliminary internal sphincterotomy in management of complex high fistula in ano. Dis Colon Rectum 1996; 39: 55-8.
10. García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Goldberg SM, Madoff RD: Anal fistula surgery: factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum 1996; 723-9.
11. Hamalainen K-PJ, Sainio AP: Cutting seton for anal fistula: high risk of minor control defects. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1443-7.
12. Iwadare J, Sumihoshi Y, Sahara R: Muscle-filling procedure for transphincteric fistulas. Dis Colon Rectum 1997; 40: 102-3.
13. Iware J: Sphincter-Preserving Techniques for Anal Fistulas in Japan. Dis Colon Rectum 2000; 43(Suppl): S69-S77.
14. Venkatesh KS, Ramanujam P: Fibrin glue application in the treatment of recurrent anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1136-9.
15. Cintron J, Park J, Orsay Ch *et al*: Repair of fistulas in-ano using fibrin adhesive. Dis Colon Rectum 2000; 43: 944-50.