

11238



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

2
rej

FISTULA PERIANAL, ESTUDIO COMPARATIVO
ENTRE FISTULECTOMIA CERRADA Y
FISTULECTOMIA SEMIABIERTA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA

P R E S E N T A:

DR. JOSE ALFREDO ALVAREZ RAMIREZ



IMSS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F. FEBRERO DE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

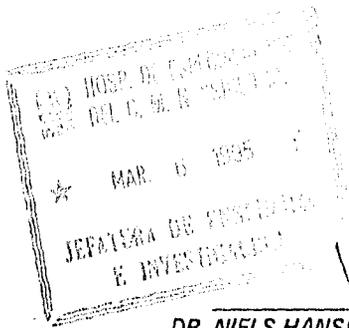


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Wach

DR. NIELS HANSEN WACHER RODARTE
JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ
JEFE DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
(ASESOR DE TESIS)

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
SUBJEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
(ASESOR METODOLOGICO DE TESIS)

INDICE

<i>RESUMEN</i>	
<i>INTRODUCCION</i>	<i>1</i>
<i>MATERIAL, PACIENTES Y METODOS</i>	<i>3</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>6</i>
<i>DISCUSION</i>	<i>7</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>9</i>
 <i>CUADROS Y GRAFICAS</i>	
 <i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	 <i>10</i>

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue demostrar que la fistulectomía cerrada supera a la fistulectomía semiabierta en el tratamiento quirúrgico de la fístula anal de origen criptoglandular (no específica).

Se incluyeron 53 pacientes divididos aleatoriamente en dos grupos: 25 para fistulectomía cerrada (grupo uno) y 28 para fistulectomía semiabierta (grupo dos). La técnica quirúrgica incluyó en ambos grupos identificación del trayecto fibroso, resección de la fístula, tejido fibroso adyacente, cripta y glándula anal afectada; se reconstruyó de primera intención el plano esfintérico en los dos grupos, con cierre primario de piel y mucosa en el grupo uno y marsupialización de bordes de piel y mucosa en el grupo dos. Se valoró el tiempo de cicatrización, dolor anal postoperatorio, recidiva temprana y daño a la continencia, en un tiempo de seguimiento de dos meses para todos los pacientes. El análisis estadístico se realizó por comparación de promedios para pruebas independientes **t de student** para el tiempo de cicatrización; prueba de **U de Mann-Whitney** para el dolor anal y continencia y prueba de **X²** para recidiva temprana, considerándose para todos los casos una diferencia significativa de $p < 0.05$.

La edad promedio para el grupo uno fue de 40 ± 11 años y para el grupo dos de 45 ± 14 años $p > 0.05$. El tiempo de cicatrización para el grupo uno fue de 19 ± 11 días y para el grupo dos de 36 ± 15 días $p < 0.001$. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas en relación al dolor postoperatorio, la recidiva temprana y el daño a la continencia.

La fistulectomía cerrada supera la evolución postoperatoria en relación a la fistulectomía semiabierta, ya que acorta el periodo de cicatrización y convalecencia de manera significativa.

Palabras clave: fístula anal, fistulectomía, cirugía anorrectal.

INTRODUCCION

La presencia de una fístula anal es una indicación para cirugía ya que la curación espontánea es muy rara. Las fístulas pueden ocasionar repetidos abscesos y drenaje persistente. Muy raramente el cáncer puede asociarse a una fístula de larga evolución.⁽¹⁾

La teoría etiológica más aceptada es la de origen criptoglandular en la cual se menciona la infección de una glándula anal y la formación de absceso, que posteriormente dejará un trayecto fistuloso.⁽²⁾⁽³⁾

Los principales objetivos de la cirugía de la fístula anal son: curar la fístula con la mínima tasa de recurrencia, preservar el mecanismo de la continencia anal, y acortar el período de convalecencia.

Si la teoría más aceptada es la criptoglandular, las técnicas quirúrgicas deben estar encaminadas a tratar esta patología tomando en cuenta los puntos mencionados anteriormente, la cripta, la glándula y el trayecto fistuloso.

La técnica quirúrgica más aceptada hasta la fecha es la fistulectomía debido a que cursa con menos complicaciones postoperatorias⁽⁴⁾; sin embargo, el tiempo de cicatrización y convalecencia es muy largo dependiendo del tipo de fístula y varía de 5 a 14 semanas en promedio con una recidiva promedio de 2 a 9% y con cierto grado de afección al mecanismo de la continencia que varía de 4 a 36%.⁽⁵⁾

Desde 1949, Starr recomendó la excisión de la fístula y cierre por planos de la

herida quirúrgica, publicando resultados muy satisfactorios para casi todos los casos; sin embargo, otros autores, como Goligher,⁽⁶⁾ no los han podido reproducir, existiendo entonces controversia en la elección de la técnica quirúrgica.

En la actualidad existen pocos estudios comparativos publicados al respecto en donde se investigue las ventajas de la fistulectomía y cierre primario con respecto a la fistulectomía abierta.

El objetivo de este estudio fue demostrar que la fistulectomía cerrada supera la evolución postquirúrgica en relación a la fistulectomía semiabierta, acorta el tiempo de cicatrización, disminuye la tasa de recidiva, evita la incontinencia y disminuye el dolor anal postoperatorio.

MATERIAL Y METODOS

Después de contar con la aprobación del Comité local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se incluyeron 53 pacientes con diagnóstico de fistula anal del Servicio de Coloproctología operados de Noviembre de 1992 a Diciembre de 1994, excluyendo pacientes con fistula recidivante, con más de un trayecto fistuloso, alteraciones metabólicas (Diabetes Mellitus, Artritis Reumatoide, SIDA, Inmunocompromiso o Colagenopatías), así como aquellos que recibían tratamiento con esteroides, anticoagulantes o inmunosupresores.

En forma aleatoria se dividieron en dos grupos: uno para fistulectomía cerrada (grupo uno) y otro para fistulectomía semiabierta (grupo dos).

La técnica operatoria utilizada para los pacientes con fistulecomía cerrada, fue en posición de navaja sevillana, bajo anestesia regional, antisepsia de la región y colocación de campos estériles, se procedió a la localización del trayecto fistuloso con un estilete o gancho de cripta, previa palpación del trayecto fibroso, se realizó un corte con bisturí a todo lo largo del estilete y se retiró en su totalidad el trayecto fistuloso, la glándula anal, la cripta problema, así como el tejido fibroso adyacente; se verificó la hemostasia y se cerró por planos con puntos simples separados de vicryl 2/0 en el plano muscular y sutura continua en piel y mucosa con cátagut crómico 2/0.

Para los pacientes con fistulectomía semiabierta se realizó las misma técnica de resección y se cerró el plano muscular con la misma técnica de sutura pero

dejando abierto el plano de mucosa y piel con marsupialización de los bordes con surgete continuo de catgut crómico 2/0.

Durante el postoperatorio se indicó para analgesia diclofenaco a dosis de 100 mg, via oral cada 12 horas y dipirona a dosis de 500 mg, via intravenosa cada 6 horas.

Se evaluaron en cada paciente las siguientes variables: tiempo de cicatrización, recidiva temprana, daño a la continencia y dolor, en las semanas 1, 3, 5 y dos meses de postoperatorio.

Se consideró que la herida se encontró cicatrizada cuando se encontraron los bordes de la misma adosados y epitelizados.

Se calificó como recidiva temprana cuando existió un trayecto fistuloso con presencia de material purulento, dentro de los primeros dos meses de postoperatorio.

Se definió como continencia total si el paciente era capaz de controlar voluntariamente sólidos, líquidos y gases; incontinencia parcial si el paciente refería salida de líquido o gas en forma involuntaria; incontinencia total si el paciente refería salida involuntaria de sólidos, líquidos o gases.

Para la evaluación del dolor postoperatorio se utilizó una escala ya validada, en la que se interroga al paciente y de acuerdo a su respuesta se considera como dolor leve cuando no se requería el uso de analgésico o se tomaba en dosis

mínima; dolor moderado cuando disminuía o desaparecía con las dosis horarias de analgésico y dolor intenso cuando no disminuía ni desaparecía aún con el uso de analgésico.

Para los resultados de tiempo de cicatrización el contraste de las diferencias se realizó por medio de comparación de promedios para muestras independientes *t de student*.

Para los resultados de continencia y dolor anal, el contraste de las diferencias se realizó mediante la prueba de *U de Mann-Whitney*. Para los resultados de recidiva temprana el contraste de las diferencias se realizó mediante *X²*.

En todos los casos se consideró que existían diferencias estadísticamente significativa cuando el valor de *p* fue menor a 0.05 ($p < 0.05$).

RESULTADOS

Se estudiaron 53 pacientes: 45 hombres (85 %) y 8 mujeres (15%), distribuidos en dos grupos de la siguiente manera: 25 pacientes para fistulectomía cerrada (grupo uno) y 28 pacientes para fistulectomía semiabierta (grupo dos).

El promedio de edad para el grupo uno fue de 40 ± 11 años y para el grupo dos fue de 45 ± 14 años, con una $p > 0.05$.

El tiempo de cicatrización para el grupo uno fue de 19 ± 11 días, y para el grupo dos, de 36 ± 15 días; esta diferencia fue estadísticamente significativa con una $p < 0.001$.

La continencia evaluada a los 2 meses de postoperatorio fue para el grupo uno: total en 22 pacientes, y parcial en 2 pacientes; para el grupo dos: total en 20 pacientes y parcial en 5 pacientes, con $p > 0.05$. No hubo casos de incontinencia total en ningún grupo.

El dolor anal evaluado a los 7 días de postoperatorio fue para el grupo uno: ausente en 1 paciente, leve en 7, moderado en 13, e intenso en 4 pacientes; para el grupo dos: ausente en 1 paciente, leve en 13, moderado en 11 e intenso en 3 pacientes, con $p > 0.05$.

En el grupo uno hubo 1 caso con recidiva temprana, y 0 casos en el grupo dos, con $p > 0.05$.

DISCUSION

La etiología y patogenia de la fistula anal no especifica permanece en discusión⁽¹⁾, sin embargo, se ha estimado que aproximadamente 90% de la fistulas anales se originan de una glándula anal infectada.⁽²⁾

Los objetivos del tratamiento de la fistula anal son la curación de la misma y la preservación de la continencia; uno de los factores de mayor importancia para la preservación de la continencia en cirugía anorrectal, es mantener la integridad anatómica del mecanismo esfinteriano.

Tradicionalmente se ha dado importancia a la preservacion del anillo anorrectal (haz puborrectal), algunos autores enfatizan que si éste permanece intacto, el resto del esfínter puede ser dividido "sin causar incontinencia".⁽³⁾ Aunque la continencia a materia fecal sólida puede mantenerse preservando el haz puborrectal, la integridad del esfínter externo probablemente tendrá un mayor efecto benéfico en la continencia.⁽²⁾

Billibeau estudió los efectos de la esfinterotomía en cirugía anorrectal mediante estudios de manometría y observó que el preservar el esfínter externo se asocia a mayor presión en reposo y da mejores resultados funcionales en comparación a aquellos pacientes con división quirúrgica del esfínter.

Bennet y Goligher demostraron que la incidencia de incontinencia en pacientes con esfinterotomía interna es hasta de 29%.

En los últimos años se han postulado varias técnicas en el tratamiento quirúrgico de la fístula anal a fin de preservar la función esfinteriana al máximo, entre ellas: uso de setón, colgajos endoanales, excisión y cierre primario de estructuras incididas;⁶ ésta última con la ventaja de que se obtiene un menor tiempo de cicatrización, convalecencia más rápida y por la reconstrucción de primera intención del mecanismo esfinteriano, no hay alteración en la continencia.

En nuestro estudio, basados en la teoría de origen criptoglandular de la fístula anal, se asignaron dos grupos comparativos al azar para tratamiento quirúrgico, sin comprometer la integridad de los esfínteres en ningún paciente. Dentro de los parámetros evaluados, el dolor, el grado de incontinencia y la recidiva temprana no tuvieron diferencias significativas para los dos grupos, sin embargo, el tiempo de cicatrización fue significativamente menor para el grupo con fistulectomía y cierre primario de la herida en comparación con aquellos con fistulectomía y cierre de esfínteres únicamente $p < 0.05$.

CONCLUSIONES

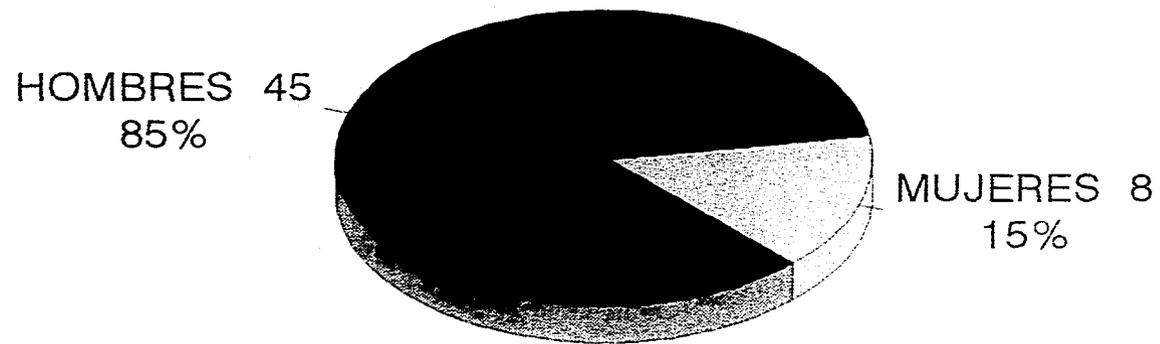
La fistulectomía cerrada supera la evolución postquirúrgica a la fistulectomía semiabierta ya que acorta el tiempo de cicatrización y el periodo de convalecencia.

El dolor anal postquirúrgico, la recidiva temprana y la incontinencia anal no tienen diferencias significativas en ambas técnicas quirúrgicas.

**CUADRO I. GRADO DE CONTINENCIA EN PACIENTES SOMETIDOS
A FISTULECTOMIA CON DOS TECNICAS DIFERENTES**

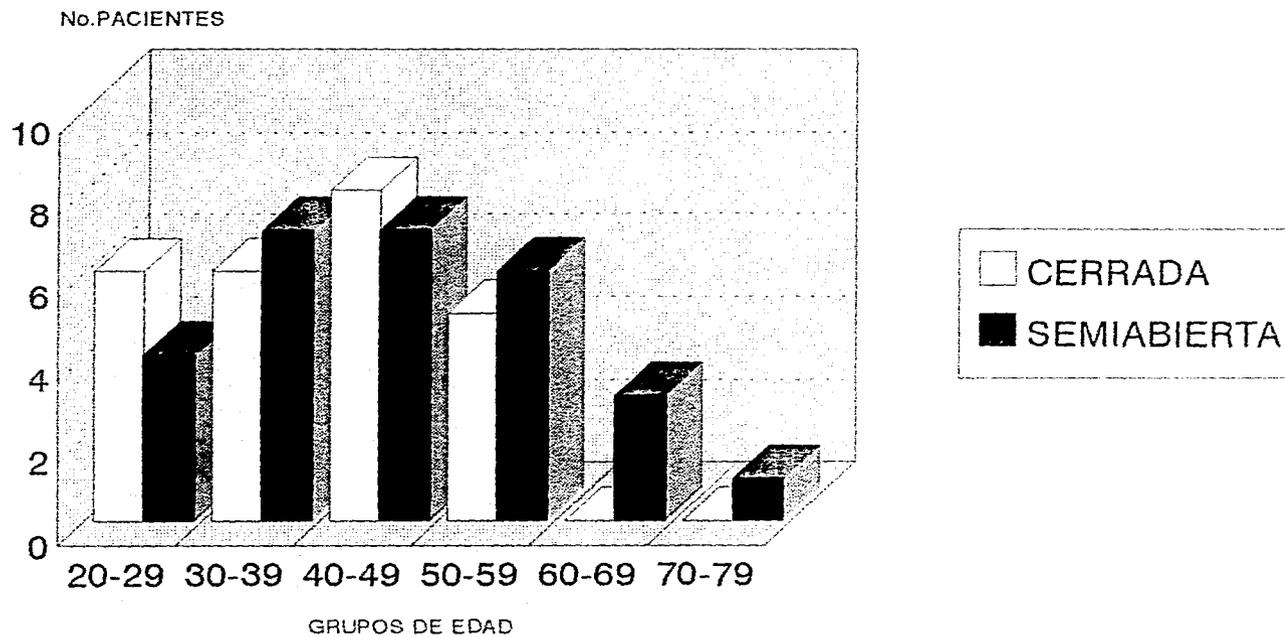
	CERRADA (N=25)	SEMIABIERTA (N=28)
CONTINENCIA TOTAL	22	20
CONTINENCIA PARCIAL	2	5
INCONTINENCIA	0	0

INDIVIDUOS CON FISTULA ANAL FRECUENCIA ABSOLUTA DE ACUERDO A SEXO



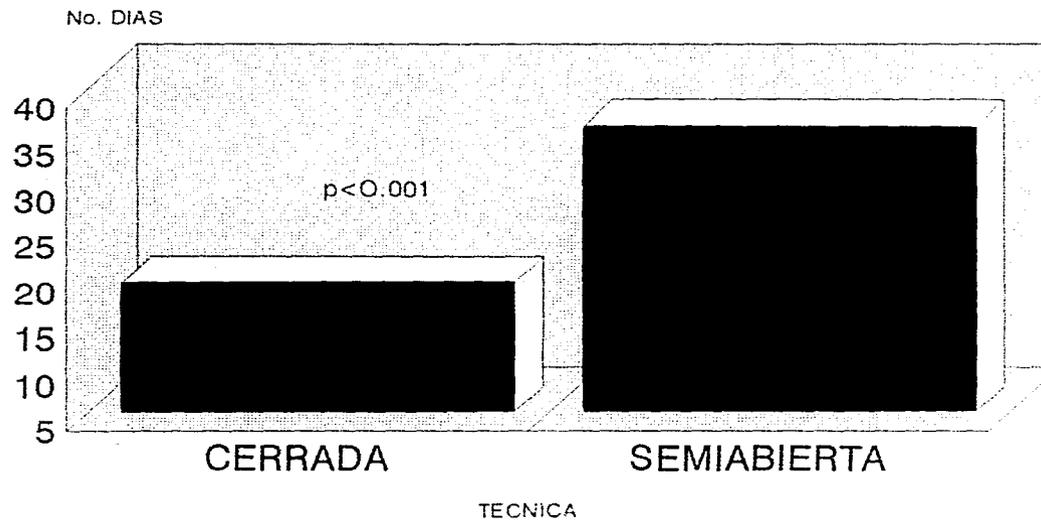
SERVICIO: COLOPROCTOLOGIA
HE CMN SIGLO XXI 1995
GRAFICA 1

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A FISTULECTOMIA ANAL BAJO DOS TECNICAS DIFERENTES



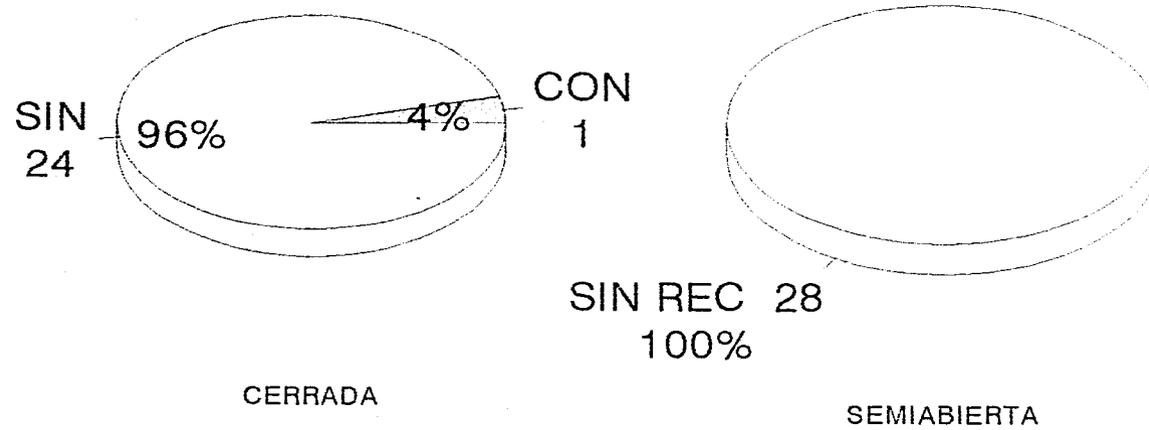
SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA
HE CMN SIGLO XXI 1995
FIGURA 2

TIEMPO DE CICATRIZACION EN PACIENTES SOMETIDOS A FISTULECTOMIA ANAL BAJO DOS TECNICAS DIFERENTES



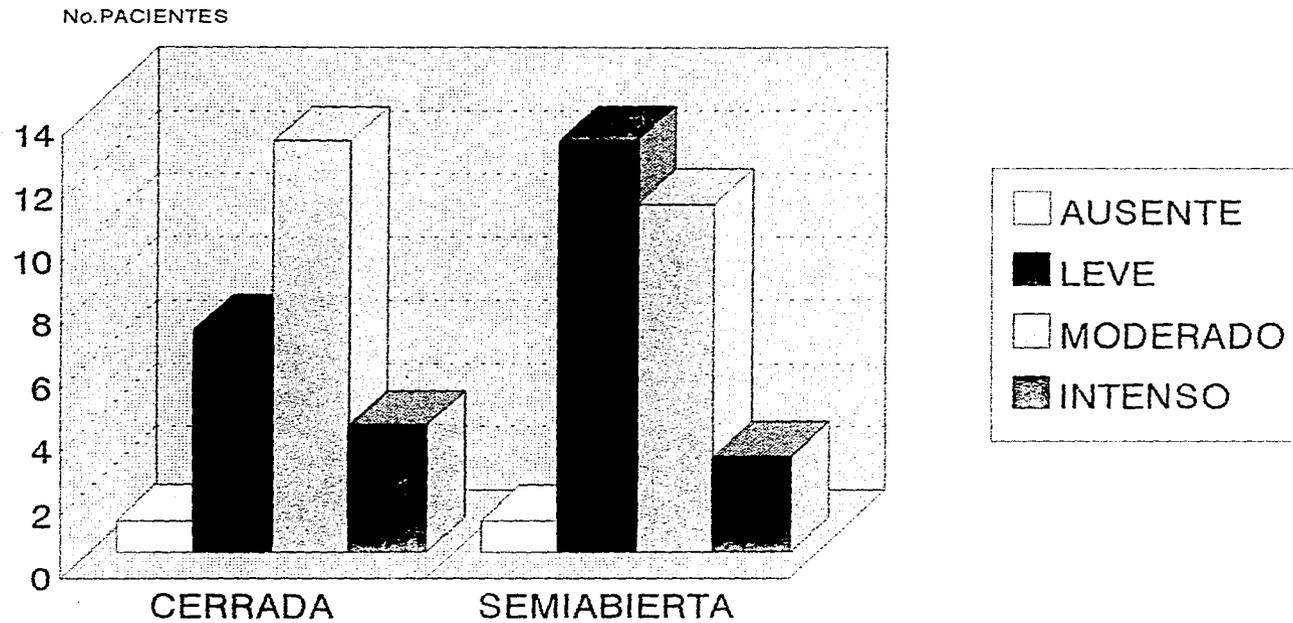
SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA
HE CMN SIGLO XXI 1995
FIGURA 3

RECURRENCIA TEMPRANA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A FISTULECTOMIA ANAL BAJO DOS TECNICAS DIFERENTES



SERVICIO: COLOPROCTOLOGIA
HE CMN SIGLO XXI 1995
GRAFICA 3

INTENSIDAD DE DOLOR POSTOPERATORIO EN PACIENTES SOMETIDOS A FISTULECTOMIA ANAL BAJO DOS TECNICAS DIFERENTES



SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA
HE CMN SIGLO XXI 1995
FIGURA 4

BIBLIOGRAFIA

1. Yeong ML, Wood KP. Synchronous squamous and glandular neoplasia of the anal canal. *J Clin Pathol* 1992;45:261.
2. Fucini CR. One stage treatment of anal abscesses and fistulas. A clinical appraisal on the basis of two different classification. *Int J Colorectal Dis* 1991;6:12-6.
3. Goligher JC. *Cirugía del ano, recto y colon*. 2a.Ed.Salvat ed.1987:169-209.
4. McLeod RS. Management of fistula in anal. *Can J Surg* 1991;34:581-5.
5. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. *Fundamentos de cirugía anorrectal*. Ed.Limusa 1980:139-67.
6. Parkash S, Lakshmiratan V, Gajendran V. Fistula-in-ano: treatment by fistulectomy, primary closure and reconstitution. *Aust N Z J Surg* 1985;55:23-7.
7. Seow CF. Anal fistula. *Br J Surg* 1992;79:197-205.
8. Gordon PH. *Colon, rectum and anus*. 1.ed. Quality Med Pub Inc 1992:221-51.
9. Parks AG, Gordon PH. A classification of fistula in ano. *Br J Surg* 1976;63:1-12.

10. Downie MN, Heath RW. *Métodos estadísticos aplicados*. Harper y Row. New York 1986.
11. Siegel S. *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. Ed. Trillas, Mex. 1986.
12. Kennedy HL, Zegarra JP. *Fistulotomy without external sphincter for high anal fistula*. *Br J Surg* 1990;77:898-901.
13. Belliveau P, Thompson JPS, Parks AG. *Fistula-in-ano: a manometric study*. *Dis Colon Rectum* 1983;26:152-4.
14. Nadler LH. *Fistula in ano in Crohn's disease*. *Dis Colon Rectum* 1991;45:261-3.
15. Williams JG, Goldberg SM. *Fistula in ano in Crohn's disease. Results of aggressive surgical treatment*. *Dis Colon Rectum* 1991;34:378-84.