



11238
8

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Estudios de Postgrado

Facultad de Medicina

Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional La Raza

**“FISTULECTOMIA COMO MANEJO IDEAL EN
LA FÍSTULA ANAL TRANSESFINTERICA.”**

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener el título en la especialidad de:

COLOPROCTOLOGIA

PRESENTA

DR. EDUARDO PEREZ TAPIA

ASESORES

DR. FRANCISCO CUEVAS MONTES DE OCA*

DR. FIDEL RODRIGUEZ ROCHA*

DR. JESUS ARENAS OSUNA **

*Medico de base del servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades

Centro Medico Nacional La Raza, IMSS.

**Jefe del Servicio de Educación e Investigación Médica del Hospital de Especialidades

Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.



Nº 0296457

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



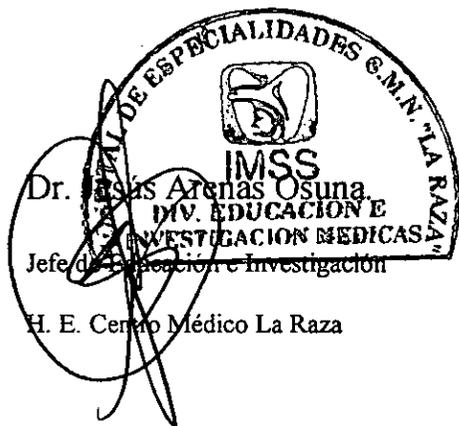
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

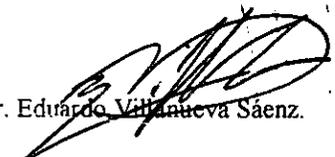
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

FIRMAS



Dr. Niels H. Wachter Rodarte.
Jefe de Educación e Investigación, H. E.
Centro Médico Nacional Siglo XXI



Dr. Eduardo Villanueva Sáenz.
Profesor titular del curso de
Coloproctología. H.E.C.M.N SXXI



Dr. Francisco Cuevas Montes de Oca
Médico Adscrito al Servicio de
Coloproctología HECMR.

No. Definitivo de protocolo 2001-690-0084

AGRADECIMIENTOS

Agradezco ante todo a Dios, que con infinita misericordia nos brinda la oportunidad y nos permite realizar nuestros sueños y nuestros proyectos para brindar un mejor servicio a nuestros semejantes para gloria y grandeza de él mismo.

Agradezco a mis padres por su constante apoyo y motivación, por su amor, por tantas y tantas cosas que me sería interminable enumerarlas. Gracias por el ejemplo que me dan, gracias por su inagotable amor. Agradezco a mi novia Beatriz Santiago Anzueto por su apoyo incondicional, por su amor, por animarme a toda hora. Que Dios los bendiga.

Agradezco al Dr. Francisco Cuevas Montes de Oca y al Dr. Fidel Rodríguez Rocha por su intervención insustituible en mi formación, por su apoyo y enseñanza permanente, por el empeño puesto en nuestra preparación, pues su trato es mucho más que el profesional, pues es amistad lo que nos brindan, la entrega total de sus conocimientos, de su apoyo, de su experiencia; gracias, pues todo esto es más valioso que cualquier cosa en el mundo, se los agradezco de todo corazón.

Agradezco también muy especialmente al Dr. Jesús Arenas Osuna por su guía, por su enseñanza, por su apoyo, pues también su enseñanza llega mucho más allá del aspecto profesional, es amistad. lo que me brinda. Gracias por tantas y tantas cosas, gracias por ser mi “padre quirúrgico”.

Agradezco a mis compañeros por brindarme su amistad, por ser parte de una misma aventura, por compartir su vida conmigo, somos hermanos en la profesión.

RESUMEN ESTRUCTURADO

La fistula anal es un problema antiguo de la humanidad, sin embargo a pesar de ello su tratamiento aún es un reto. El tradicional problema de la fistula se encuentra incluido entre la recidiva y la presencia de incontinencia postoperatoria. Clásicamente se ha utilizado a la fistulotomía como el tratamiento estándar de la fistula anal, sin embargo en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza se ha desarrollado desde hace varios años la técnica de fistulectomía cerrada con buenos resultados. En el presente estudio se hace una comparación en los resultados obtenidos con ésta técnica en comparación con los datos reportados en la literatura internacional en cuanto a los resultados obtenidos con la fistulotomía. Se obtuvo un promedio de tiempo de cicatrización de 3.4 semanas, mientras que la literatura menciona entre 6 y 12 semanas necesarias para la cicatrización de la fistulotomía. Se obtuvo una tasa de incontinencia postoperatoria de 7.4% mientras que tomando los datos reportados en la literatura se obtiene un promedio de 22.31%. En cuanto a recidiva se obtuvo una tasa de 3.7%, tomando nuevamente los datos reportados en la literatura se obtiene un promedio de 6.4%. Los casos de incontinencia observados se manifestaron como fuga mínima ocasional y su duración fue corta. Así pues la fistulectomía cerrada prueba ser una técnica ideal para el tratamiento de la fistula anal y superior a la fistulotomía.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La fistula anal es una comunicación anormal entre el conducto anal y la piel perianal, esta enfermedad ha acompañado a la humanidad desde épocas inmemorables y su tratamiento continúa siendo un reto.

En la parte media del conducto anal desembocan, a nivel de la línea dentada, los conductos de las glándulas anales. La obstrucción de éstos conductos condiciona la infección de las glándulas y esta la causa más frecuente de un absceso anal, siendo éste la forma aguda del proceso y la fistula la forma crónica.

La fistula anal se ha descrito desde épocas muy antiguas. Ya los antiguos egipcios las conocían y trataban, así se manifiesta en el Chester Beatty Medical Papyrus escrito aproximadamente en 1250 a.C. en donde se describen cuarenta y un tratamientos para enfermedades anorrectales.

En la era hipocrática las fistulas se trataban por medio de la aplicación de extractos de plantas y cortezas, así como de agentes cáusticos aplicados en el interior del trayecto fistuloso. Existen escritos de Hipócrates sobre la fistula que datan de aproximadamente el 400 a.C., de Albucasis de Egipto aproximadamente del 1000 d.C., así como de John Arderne de Inglaterra que escribió el Treatise on Fistula, Hemorrhoids and Clysters en 1367 con el mérito de enfatizar en la necesidad del tacto rectal ya que si se presentaba una tumoración indurada en el recto no había ya remedio y no se debería practicar ningún procedimiento, descubriendo sin saber las fistulas asociadas al carcinoma ano-rectal.

En 1686 el rey Luis XIV fue intervenido de una fistulotomía. Esta cirugía tuvo una importancia histórica no solo para la cirugía ano-rectal sino también para la cirugía general. Estableció la necesidad de dejar al descubierto el trayecto fistuloso y el músculo esfintérico superpuesto para curar una fistula. Además, antes de la cirugía, Felipe, el médico del

monarca, bajo la dirección del propio rey, efectuó pruebas clínicas durante todo un año empleando todos los métodos conocidos para el tratamiento de fistula. Llegando a la conclusión que la fistulotomía era el único método que podía curar la fistula. Una vez realizada la investigación, el rey se sometió a la cirugía. Este fue el primer proyecto de investigación clínica registrado en la historia y financiado por el erario público.

En 1765 Percivall Pott, del St. Bartholomew's Hospital de Londres, publicó su *Treatise on fistula-in-ano*. Él se rehusaba a creer que las fistulas tuvieran su origen del ano-recto alegando que los abscesos ano-rectales no eran fistulosos y nunca llegarían a serlo.

El gran adelanto en el tratamiento de las enfermedades ano-rectales ocurrió con la inauguración del St. Mark's Hospital de Londres en 1835. Frederick Salmon fue el padre fundador de esta institución. El nombre original del hospital era *The Infirmary for the Relief of the Poor Afflicted with Fistula and Other Diseases of the Rectum*.

En 1878, Chiari describió por primera vez los conductos y las glándulas anales, Eisenhammer atribuyó la mayoría de los abscesos ano-rectales y las fistulas de ano a la infección de las glándulas anales en el espacio interesfintérico, sin embargo su estudio no tuvo la confirmación patológica por lo que no fue totalmente reconocido. Posteriormente Parks y Morson estudiaron cuidadosamente los especímenes tomados de pacientes con fistula anal y demostraron que había glándulas anales infectadas en el 70 por ciento de los casos así como evidencia histológica que indicaba este origen en otro 20 por ciento. Se determinó entonces que la obstrucción de los conductos de las glándulas anales, ya sea secundaria a materia fecal, cuerpos extraños o traumatismo, da lugar a estasis e infección.

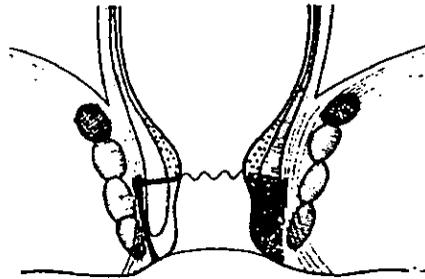
Morson opina que la cronicidad se debe a la persistencia del epitelio de la glándula en el trayecto fistuloso manteniendo abierto el orificio sin permitir la cicatrización.

Su origen se divide en específico (secundarias a proceso patológico bien determinado) e inespecífico (criptoglandular). También puede clasificarse según su trayectoria. Muchos autores han contribuido en dicha clasificación. Steltzner las clasificó en tres grupos: intermusculares, transesfintéricas y extraesfintéricas. Lilius amplió la clasificación agregando la extensión alta y finalmente Parks realizó la clasificación con mayor reconocimiento a nivel mundial:

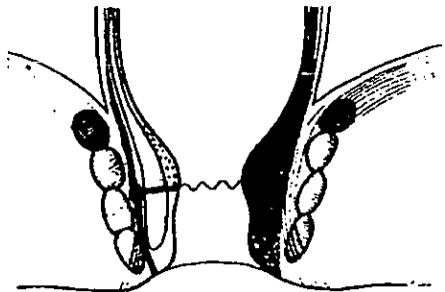
1. Interesfinterica
 - a. de trayecto bajo sencillo
 - b. de trayecto ciego alto
 - c. de trayecto alto con abertura rectal
 - d. abertura rectal, sin abertura perineal
 - e. extensión extrarectal
 - f. secundaria a enfermedad pélvica
2. Transesfinterica
 - a. sin complicaciones
 - b. de trayecto ciego alto
3. Supraesfinterica
 - a. sin complicaciones
 - b. de trayecto ciego alto
4. Extraesfinterica
 - a. secundaria a fístula anal
 - b. secundaria a traumatismo
 - c. secundaria a enfermedad ano-rectal
 - d. secundaria a inflamación pélvica.

1. *Fistula interesfintérica*. El proceso implica solamente el plano interesfintérico, se considera la más común de todos los tipos y es la forma intermedia que conduce a la mayoría de las otras clases de fistulas.

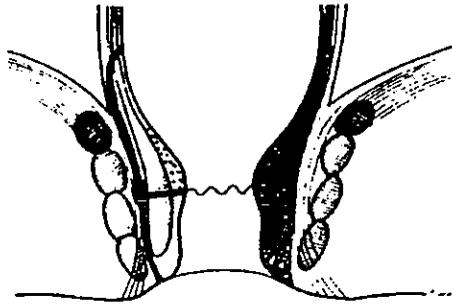
a. DE TRAYECTO BAJO SENCILLO. Después de penetrar el esfínter interno en la línea dentada, el trayecto pasa del absceso primario hacia abajo hasta el margen anal. El tratamiento de esta clase de fistula consiste en la sección de la mitad inferior del esfínter interno.



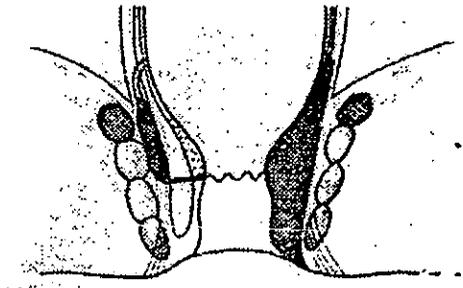
b. DE TRAYECTO CIEGO ALTO. En éstas se forma un trayecto proximalmente dando lugar a una fistula entre el esfínter interno y el músculo longitudinal del conducto anal superior y la pared rectal misma.



c. DE TRAYECTO ALTO CON ABERTURA RECTAL. Este tipo es una prolongación de la variedad anterior y la fistula se prolonga hacia atrás y entra al recto. Se trata igualmente seccionando hasta la apertura hasta el recto.



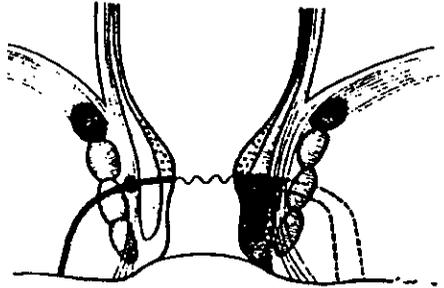
d. DE TRAYECTO ALTO SIN ABERTURA PERINEAL. La infección pasa en el plano interesfintérico hacia arriba, a la pared rectal, y termina como un trayecto ciego o vuelve a entrar al intestino a través de una abertura secundaria alta.



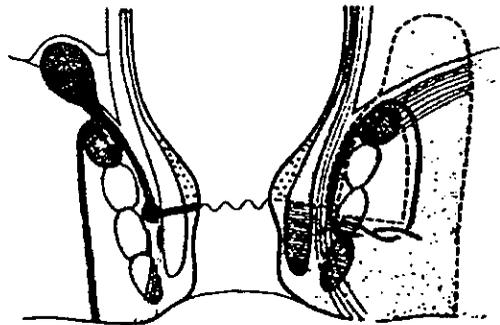
2. *Fístula transesfinterica*

a. NO COMPLICADAS. El trayecto pasa del plano inter-esfintérico a través del esfínter externo a la fosa isquiorrectal y posteriormente a la piel. El nivel al que el trayecto

fistuloso atraviesa el esfínter marca la dificultad en el tratamiento ya que será la cantidad de esfínter que haya que seccionar, existiendo la posibilidad de tener que seccionar todo este.

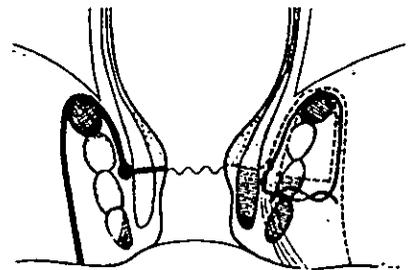


b. TRAYECTO CIEGO ALTO. El trayecto cruza el esfínter externo pero luego se divide en un brazo superior y otro inferior, este último se extiende a la piel perineal.

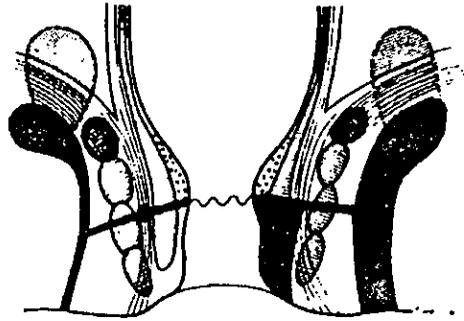


3. *Supraesfintérica*

a. NO COMPLICADAS. Inicia en el plano interesfintérico y luego pasa hacia arriba hasta un punto por encima del puborrectal.



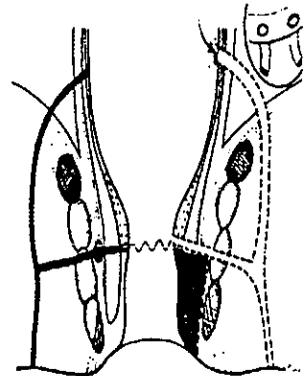
b. TRAYECTO CIEGO ALTO. Es muy rara y consiste en una fistula como la no complicada pero presenta un extensión cefálica sin comunicación al recto y tiende a extenderse en forma de herradura.



4. *Extraesfinterica*

En estas fistulas hay un trayecto que va desde la piel perineal a través de la fosa isquiorrectal a los músculos elevadores y finalmente penetra en pared rectal quedando fuera del anillo del esfínter. Se clasifican en:

- a. de origen criptoglandular (la causa menos frecuente).
- b. secundario a traumatismo.
- c. secundario a enfermedad ano-rectal específica.
- d. secundario a inflamación pélvica.



La frecuencia de presentación varía según el centro donde se genera la información. Parks encontró que las interesfintéricas se presentaban en 45% de los casos, las transesfintéricas en 30%, las supraesfintéricas en 20%, y las extraesfintéricas en un 5%. Sin embargo

consideró que éstas estadísticas estaban sesgadas por proceder de un centro de concentración y él estimó que la frecuencia real en la población general era de 70% en caso de las interesfintéricas, 23% en las transesfintéricas, 5% en las supraesfintéricas y 2% en las extraesfintéricas.

Tratamiento

El tratamiento de la fistula anal a lo largo de la historia ha sido diverso. La sola presencia de una fistula anal sintomática es una indicación para la operación ya que la curación espontánea es muy rara. Una fistula anal no atendida puede ocasionar abscesos repetidos y drenaje persistente. En cada recidiva del absceso se corre el riesgo de la formación de nuevos trayectos fistulosos, y con ello un aumento en la morbilidad y en la dificultad para su tratamiento.

Aunque es poco frecuente, puede desarrollarse un proceso maligno en una fistula muy crónica, por tanto se debe recomendar la operación a menos que existan contraindicaciones médicas específicas para ello.

La cirugía de fistula ano-rectal es temida por causa de los riesgos de recurrencia e incontinencia anal. Antes de cualquier tratamiento quirúrgico se debe averiguar si el paciente tiene continencia normal, ya que si se recurre a la técnica abierta se requerirá seccionar porciones tanto de esfínter interno como el externo y en caso de existir incontinencia previa con ello se agravaría. La fistulotomía es la técnica estándar en la gran mayoría de los centros de atención médica y consiste en la apertura del trayecto fistuloso desde su orificio primario (línea dentada) hasta el secundario (piel) involucrando la glándula enferma, esfínteres anales y grasa suprayacentes al trayecto fistuloso y posterior marsupialización de los bordes de ésta herida. Cabe mencionar que cuando se encuentra afectado una considerable porción del complejo esfintérico el procedimiento puede

efectuarse en más de una operación e incluso algunos médicos recurren al uso del setón, que consiste en una hebra (se ha utilizado desde algodón hasta hilo de plata) con que se feruliza el trayecto fistuloso y se ajusta periódicamente a fin seccionar gradualmente el tejido involucrado en el asa a la vez que va cicatrizando.

La fistulotomía fue adoptada como el mejor tratamiento por mostrar menor índice de recurrencia así como menor índice de incontinencia. Las desventajas de ésta técnica es su periodo de cicatrización prolongado (aproximadamente 6 semanas en el mejor de los casos) presentando durante ésta convalecencia molestias considerables como escurrimiento, defectos de la continencia, exudado que puede llegar a ser profuso y dolor.

La complicación más frecuente es la retención urinaria en un 25% (relacionada específicamente al procedimiento anestésico), excluyendo ésta complicación Mazier reporta que en un 5.4 % de los pacientes presentaron otras complicaciones. Estas incluyeron hemorragia, incontinencia, hemorroides externas agudas trombosadas, celulitis, drenaje inadecuado con formación de bolsas, impactación fecal, fistulas recurrentes, fistulas rectovaginales, senos persistentes, cicatrización en falso y estenosis.

Ho³ reportó en su estudio una cicatrización promedio de 6 semanas en pacientes con fistulotomía y marsupialización. Reportó incontinencia de 2% en éstos pacientes, en comparación con 12% en quienes no se les realizó marsupialización.

Deroide⁴ menciona que a últimas fechas se han reportado trabajos en que se trata la fistula anal con técnicas en donde se respeta el esfínter con lo que se disminuye el tiempo de cicatrización y se disminuye la posibilidad de incontinencia postoperatoria.

García Aguilar⁵ utilizando setón reporta una recurrencia de 8.3%, dificultad de contener gas de 50%, manchado de ropa interior de 50% e incontinencia fecal de 33%. Para una incontinencia total de 66%.

Por otra parte, Miller⁶ reporta que con el avance de colgajo y fistulectomía los resultados son buenos, con mínima o ninguna alteración a la continencia y mínimas complicaciones técnicas.

Hongo⁷ con una técnica de fistulectomía por esqueletización obtuvo resultados muy buenos disminuyendo el tiempo de cicatrización, hubo bajo riesgo de infección, preserva la función y evita la deformidad de margen anal.

La frecuencia de la recurrencia varía según la técnica empleada y el centro hospitalario tratante. La causa más común de recurrencia es no lograr identificar el orificio primario y por ende, no tratar la glándula anal enferma. El no descubrir y tratar las extensiones lateral o superiores también puede ocasionar recurrencia. El no abrir el trayecto fistuloso por temor a cuasar incontinencia puede dar lugar a recurrencia al no facilitar la detección completa del trayecto primario o la presencia de trayectos secundarios.

En un estudio de la experiencia de 17 años en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", Ayala⁸ reportó una recurrencia de 10%.

La incontinencia anal se relaciona directamente con la cantidad de músculo seccionado. La sección completa del anillo ano-rectal sin la adecuada reparación del mismo dará lugar a incontinencia total. La sección de porciones menores de músculo esfíntérico sin la adecuada reparación puede ocasionar grados variables de incontinencia parcial. El seccionar el nervio motor del mecanismo esfíntérico (nervio rectal inferior) puede tener como resultado alteración de la continencia, pero el control puede ser aceptable con un solo nervio funcionando. Desde luego que el daño bilateral hará incontinente total al paciente. El uso prolongado de tapones después de cirugía ano-rectal puede ser contraproducente. El taponamiento puede ocasionar fibrosis del esfínter y formación de cicatrización excesiva, lo que puede dar lugar a cierto grado de incontinencia. Mazier descubrió que los tapones con

gasa de yodoformo durante un tiempo prolongado son un factor que contribuye a la incontinencia.

Debido al traumatismo operatorio y al corte de una parte de músculo, los pacientes pueden experimentar escurrimiento fecal en el periodo inmediato postoperatorio, especialmente si las heces son líquidas. Sin embargo, si se ha preservado el anillo esfíntérico, después de una semana a diez días el control ya es casi normal. El tiempo de cicatrización requerido depende de la complejidad de la fistula. Una fístula sencilla puede cicatrizar en unas seis semanas, mientras que las fistulas complejas pueden requerir varios meses.

Los resultados de la fistulotomía varían considerablemente, de un cirujano a otro, y por supuesto, dependerán de la complejidad de la fistula tratada. Lilius analizó la bibliografía mundial hasta 1964 y descubrió una enorme diferencia en los informes sobre los resultados de la cirugía de fístulas anales. Los índices de recurrencia variaban de 0.7 a 26.5 por ciento y los trastornos de la continencia anal de 5 a 40 por ciento. Este autor en su propia serie de 150 pacientes observó recurrencia de 5.5 por ciento y trastornos de la continencia en 13.5%.

Bennett en un estudio de 108 pacientes encontró recurrencia de 2% y la incontinencia fue de 12% se quejó de control inadecuado de las heces, 16% con control imperfecto a gases y 24% con manchado frecuente de la ropa interior. En conjunto, 36% presenta algún grado de incontinencia.

Marks y Ritchie estudiaron a 793 pacientes en el St Mark's Hospital de Londres y la incontinencia a líquidos fue de 17%, a gases de 25% y de manchado de 31%. Hanley, con su técnica en que respeta el anillo esfínterico, en 31 fístulas en herradura operadas no observó incontinencia ni tampoco recurrencias.

Fistulectomía vs fistulotomía

Como ya se mencionó, la fistulotomía no se encuentra exenta de incontinencia y se asocia a molestos periodos prolongados de cicatrización. El uso de setón se asocia a periodos largos de tratamiento (hasta de un año) con visitas frecuentes al médico para su ajuste y la molestia de descarga e irritación perianal ya sea por humedad o la presencia del mismo seton. Sin embargo no son las únicas técnicas empleadas. También existe la fistulectomía, que consiste en la resección de el trayecto fistuloso y el tejido fibroso adyacente. Su aceptación es escasa ya que se emplea la técnica abierta (dejar la herida marsupializada para que cierre por segunda intención), con ello se tiene aún más problemas de incontinencia ya que se reseca mayor porción de músculo esfíntérico y un tiempo de cicatrización más prolongado. En el Departamento de Coloproctología del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza se ha desarrollado una técnica de fistulectomía cerrada, que consiste en la apertura de todo el trayecto fistuloso (fistulotomía) seguida de la resección del trayecto y a continuación se realiza reconstrucción por planos (plastía del esfínter anal) y cierre de la herida con material absorbible. Con ello se reseca todo el tejido enfermo junto con la glándula enferma y al reparar el esfínter se restaura la función del mismo. Así, al asociar una plastía del esfínter no solo se restaura la función del mismo, si no que también permite cerrar la herida disminuyendo el tiempo de cicatrización y la molesta sintomatología asociada a la presencia de una herida anal abierta.

Así pues se ha desarrollado una técnica que brinda una tasa mínima de recurrencia, una alteración mínima de la continencia, así como las ventajas de una técnica cerrada como lo son una herida que cierra más rápido, que amerite menos días de incapacidad y con menor cantidad de exudado, y con ello pone en desventaja a la fistulotomía. En el presente estudio

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes tratados quirúrgicamente de fistula anal en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS, por el servicio de Coloproctología desde el 01 de enero del 2000 hasta el 31 de diciembre del 2000. Se excluyeron aquellos pacientes en quienes el procedimiento quirúrgico fue otro que la fistulectomía cerrada, así como a los pacientes con neoplasia asociada a la fistula y a los pacientes en quienes la plastia del esfínter anal no se realizó afrontando ambos cabos del esfínter. Se eliminaron los pacientes en quienes el expediente clínico no contenía la información adecuada.

Se trataron quirúrgicamente 74 pacientes en el lapso señalado, sin embargo se excluyeron 7 por haberse empleado técnica conservadora de Hanley adaptada para el tratamiento de la fistula en herradura, se excluyó otro paciente más por haber empleado material protésico en la plastia del esfínter, se excluyeron 3 pacientes más por haberse sometido a fistulotomía ya que su padecimiento era una fistula muy corta asociada a un seno anal secretante, y se eliminaron 9 pacientes por falta de información en el expediente clínico, en total se eliminaron 20 pacientes quedando un total definitivo de 54 pacientes para el presente estudio.

Se empleó la técnica de fistulectomía cerrada desarrollada por el servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS y consiste en la resección quirúrgica de la fistula anal transesfintérica con la subsecuente reparación de el mecanismo esfintérico y el cierre de la herida. Se lleva a cabo identificando el orificio secundario fistuloso así como el primario, se introduce un estilete metálico por cualquiera de los dos orificios canulando así el trayecto fibroso, se realiza la fistulotomía (apertura del trayecto fistuloso) para identificar todo el tejido enfermo, así como trayectos secundarios o

senos existentes y se reseca todo este tejido enfermo subyacente para posteriormente realizar reparación del esfínter anal con puntos separados de material absorbible y finalmente cierre de la herida con súrgete continuo de crómico 2(0).

A cada paciente se le investigó el sexo, la edad, la clasificación de la fistula, la presencia de hematoma postoperatorio, la presencia de incontinencia postoperatoria, el tiempo de cicatrización medido en semanas hasta la total epitelización de la herida, si hubo o no dehiscencia de la herida describiendo si fue de piel o también de tejido muscular, el material empleado para la plastia anal y el tipo de puntos empleado, el tiempo que duró incapacitado medido en semanas, si se realizó algún procedimiento concomitante a la fistulectomía, si presentaba enfermedades de importancia asociados y si hubo o no recidiva. El control de la evolución fue llevado a cabo en la consulta externa del servicio semanalmente.

Los datos obtenidos se compararon con aquellos publicados en la literatura universal como resultado de la práctica de la fistulotomía para el tratamiento de la fistula anal.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 54 pacientes, 47 (87%) fueron masculinos y solo 7 (12.96) femeninos. Por su clasificación 39 (72.22%) correspondieron a fistula transesfintérica, tres pacientes (5.5%) presentaron fistula en media herradura, 8 pacientes (14.8%) presentaron trayecto ciego alto, y cuatro pacientes (7.4%) presentaron una fistula larga (ano-escrotal). Solamente ocho (14.8%) de los pacientes operados eran fistulas recidivantes, es decir, fueron operados previamente en otros hospitales.

No hubo hematomas postoperatorios ni rectorragia postoperatoria. Veinte pacientes (37%) presentaron dehiscencia parcial de piel a nivel de herida, pero ninguno presentó dehiscencia de la plastia del esfínter. El tiempo promedio de cicatrización fue de 3.4 semanas, con un rango de 2 y 10 semanas. El tiempo promedio de incapacidad laboral fue de 3.57 semanas, con un rango de 3 y 10 semanas. Dos pacientes (3.7%) presentaron un pequeño absceso postoperatorio evidenciado en la consulta de control de la primera semana postoperatoria, realizando el drenaje de éstos en el consultorio con la separación de los bordes de la herida en una longitud de 5 milímetros. No hubo alguna característica, ni en el tipo de fistula, edad, sexo, o técnica de plastia que se viera relacionada al desarrollo del absceso. Estos dos pacientes no mostraron alargamiento en el tiempo de cicatrización y no ameritaron antibioticoterapia. Una paciente desarrollo neuritis perianal postoperatoria de moderada intensidad, por seis semanas y finalmente remitida con el uso de carbamazepina y complejo B. Cuatro pacientes (7.4%) presentaron incontinencia transitoria postoperatoria, de una, dos, cuatro y ocho semanas respectivamente, todas ellas se manifestaron como fuga mínima de materia fecal líquido y solo la de ocho semanas presentó además fuga de gases. No hubo relación entre alguna de las variables en relación a la presencia de la incontinencia postoperatoria. Estos cuatro pacientes presentaban buena función esfintérica preoperatoria.

Las patologías concomitantes que presentaron los pacientes fueron: Leucemia granulocítica crónica un paciente sin aumento en morbi-mortalidad ni alteraciones en tiempo de cicatrización, cinco pacientes con diabetes mellitus, cuatro pacientes con hipertensión arterial sistémica y una paciente con espondilitis anquilosante. Ninguno de estos pacientes mostró aumento en morbi-mortalidad.

Seis (11.11%) de los pacientes operados de fistulectomía con un trayecto corto recto también se les realizó hemorroidectomía en el mismo tiempo quirúrgico. Estos pacientes mostraron un aumento significativo en el tiempo de cicatrización con un tiempo promedio de 6 semanas y un rango entre 4 y 10 semanas. Utilizando t de student se obtiene una $p < 0.05$ cuando se comparan los tiempos de cicatrización de éstos pacientes con respecto a los que solamente se les realizó fistulectomía. Dos de éstos pacientes presentaron fisura anal postoperatoria, los dos remitieron con manejo conservador a base de sediluvios tibios, dieta rica en fibra, psyllium plantago y crema de fluocinolona tópica.

Hubo recidiva de dos pacientes, para una tasa de 3.7%. El tiempo promedio de refistulización fue de 3.5 semanas después de la cirugía. No se encontró relación entre alguna variable y la recidiva.

DISCUSION

Los resultados obtenidos señalan a la fistulectomía cerrada como una muy buena opción para el tratamiento de la fistula anal.

El tiempo de cicatrización reportado en la literatura internacional se estima entre 6 y 12 semanas en la mayoría de los casos. Ho³, en su estudio, reportó un promedio de cicatrización de 6 semanas. Bennett⁹ reportó un tiempo de 5 a 14 semanas. En el presente estudio se obtuvo un tiempo de 3.4 semanas con lo que se muestra un acortamiento muy significativo en el tiempo de cicatrización.

La incontinencia anal postoperatoria es otro renglón donde se demuestra buenos resultados con ésta técnica. Lilius¹⁰ en su estudio reporta 13.5% de incontinencia postoperatoria. Bennett¹¹ mencionó 36% en su estudio. Marks¹² en la experiencia del St. Mark's Hospital refiere un 31%. Ho³ reporta una incidencia entre 2 al 12% de incontinencia postoperatoria. Garcia⁵, utilizando seton, reporta incontinencia de hasta 66%. McElwain¹³ en mil casos reportó 7%. Bennett⁹ reportó 12%. Y finalmente Vasilevsky¹⁴ reportó un 6 % de incontinencia anal postoperatoria. En el presente estudio se obtuvo un 7.4% de pacientes con incontinencia postoperatoria, esta tasa es similar a la reportada en los estudios que mostraron menor incidencia de incontinencia, sin embargo la mayoría de los estudios reportan tasas mucho mayores. Con esta técnica no solo se obtuvo un índice bajo de incontinencia postoperatoria, si no que cuando llega a presentarse solamente se trata de una fuga ocasional y mínima, de corta duración. No hubo alteraciones severas ni prolongadas de la continencia y todo ello es atribuible a la reparación transoperatoria del mecanismo esfintérico. Esta reparación constituye una ventaja muy significativa ya que la gran mayoría de las fistulas comprometen un volumen considerable del mecanismo esfintérico de tal forma que el tratamiento completo de la fistula significaría un daño importante de

éste, con la consiguiente disfunción postoperatoria. El no seccionar todo el músculo necesario significaría el tratamiento incompleto de la fistula y un índice de recurrencia muy elevado, por otra parte seccionar grandes volúmenes del complejo esfintérico pone en riesgo la continencia postoperatoria. La fistulectomía cerrada ofrece la capacidad de una total exposición (y por ende un tratamiento completo) del trayecto fistuloso y su sitio primario; el riesgo de incontinencia postoperatoria se abate al repararse el mecanismo esfintérico seccionado disminuyendo importantemente la disfunción postoperatoria del mismo. Uno de los temores de emplear una técnica cerrada es el desarrollo de procesos sépticos, sin embargo solamente dos pacientes presentaron absceso superficial de la herida que se resuelve fácilmente en la primera semana de postoperatorio con la simple separación de los bordes de la herida en 5 mm sobre el sitio del absceso y sin necesidad de ningún tipo de anestesia.

En cuanto a la recidiva, se muestra franca ventaja: Lilius¹⁰ refiere un 5.5% de recurrencia, Bennett¹¹ reportó el 2%, Garcia⁵ reportó 8.3% con el uso de seton, Mazier¹⁵ en un estudio de 1000 pacientes reporta recurrencia de 3.9%, Parks¹⁶ reportó el 9%, Ayala⁸ en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán reporta el 10%, McElwain¹³ en su experiencia de 1000 casos reporta recurrencia de 3.6%, Bennett¹⁰ reporta el 9% y finalmente Vasilevsky¹⁴ reporta el 6.3%. En el presente estudio se obtuvo una tasa de recidiva del 3.7%, similar a los estudios revisados con menor índice, sin embargo comparado con la gran mayoría de los estudios se observa gran ventaja. Este índice menor de recidiva es atribuible a una mejor exposición del trayecto fistuloso y del sitio primario. El realizar una reparación del esfínter seccionado evita el temor de seccionar grandes porciones de éste, permitiendo la correcta exposición del tejido enfermo en toda su extensión y por ende la total resección de éste.

CONCLUSIONES

La fistulectomía cerrada es el tratamiento ideal, aún por arriba de la fistulotomía, para la fístula anal ya que permite combinar un índice de recidiva menor, un índice de incontinencia postoperatoria menor, así como un tiempo de cicatrización más breve, con un tiempo de incapacidad laboral más corto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Goldberg, S M. Fundamentos de cirugía ano-rectal. Primera reimpresión. Editorial Limusa. México DF 1990.
2. Mazier W P. Surgery of the colon, rectum, an anus. W B Saunders Company. Primera edición, 1995. USA.
3. Ho, Y H. Marsupialization of fistulotomy wounds improves healing: a randomized controlled trial. *British Journal of Surgery* 85 (1). Enero 1998. pp105-7.
4. Deroide G. Anal fistulae and abscesses: diagnostic and therapeutic aspects, excepting Crohn disease. *Journal de Chirurgie*. 137 (2):83-92. April 2000.
5. Garcia Aguilar, J. Belmonte C. Cutting seton versus two-stages seton fistulotomy in the surgical management of high anal fistula. *The British Journal of Surgery*. 85(2):243 Febrero 1998.
6. Miller G. Flap advancement and core fistulectomy for complex rectal fistula. *The British Journal of Surgery*. 85(1): 108-110. Enero 1998.
7. Hongo, Y. Open coring-out (function-preserving) technique for low fistulas. *Williams & Wilkins* 40(10) supplement: s104-6. Octubre 1997.
8. Ayala M. Tratamiento quirúrgico de las fistulas ano-rectales, experiencia de 17 años en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. *Revista de gastroenterología de México* 64(4):158-164. 1999 oct-dic.
9. Bennett R.C. A review of the results of orthodox treatment for anal fistulae. *Proc R Soc Med* 55, 756. 1962.
10. Lilius H. G. Investigation of human fetal and ducts and intramudscular glands and a clinical study of 150 patients. *Acta Chir Scand* (suppl) 383, 1968.

11. Bennett R.C. A review of the results of orthodox treatment for anal fistula. Proc R Soc Med 55:756, 1962.
12. Marks C.G. Anal fistulas at St Mark's Hospital. Br J Surgery. 64:84,1977.
13. Mc Elwain J.W. Experience with primary fistulectomy for anorectal abscess; a report of 1000 cases. Dis Colon rectum 18 :646, 1975.
14. Vasilevsky C.A. Results of treatment of fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 28:225-231, 1985.
15. Mazier W.P. The treatment and care of the anal fistula : a study of 1000 patients. Dis Colon rectum, 14:134, 1971.
16. Parks A.G. The treatment of high fistula-in-ano ; report of seven cases. Dis Colon Rectum 19:500, 1976.

INDICE

Agradecimientos.....	página 3
Resumen estructurado.....	página 4
Antecedentes científicos.....	página 5
Materiales y métodos.....	página 18
Resultados.....	página 20
Discusión.....	página 22
Conclusiones.....	página 24
Referencias bibliográficas.....	página 25
Indice.....	página 27