

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

218

**COMPLICACIONES DE LA
FISTULOTOMIA EN PACIENTES CON
FISTULA ANAL SIMPLE.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
PRESENTA
DR. MARCO ANTONIO RUIZ PEREZ



IMSS

ASESOR DR. JESUS ARENAS OZUNA

2002

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

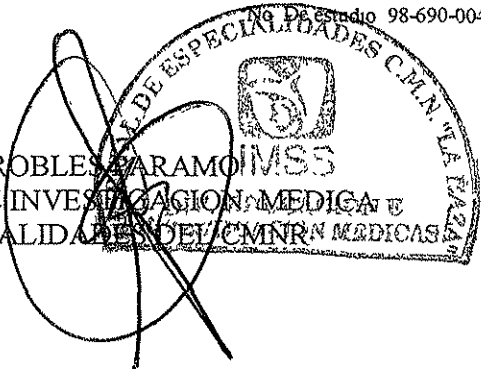


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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).

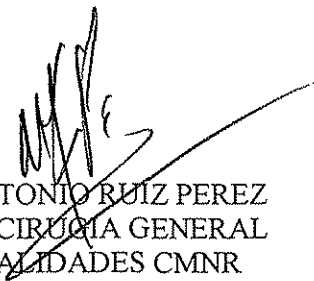
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



DR. ARTURO ROBLES RAMOS
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
DEL HOSP. ESPECIALIDADES DEL CMNR



DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ
TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GRAL
DEL HOSP. ESPECIALIDADES DEL HECMR



DR. MARCO ANTONIO RUIZ PEREZ
RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL
HOSP ESPECIALIDADES CMNR

RESUMEN

TITULO: COMPLICACIONES DE LA FISTULOTOMIA EN PACIENTES CON FISTULA ANAL SIMPLE.

OBJETIVO: Conocer la Morbimortalidad de la fistulotomía en pacientes con fistula anal simple

DISEÑO: Estudio Observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo,

MATERIAL Y METODO: Se captaron pacientes referidos con diagnóstico de fistula anal al servicio de Cirugía general del Hospital Rural de Solidaridad, de Ocozocuahtla, Chiapas, en el periodo comprendido del 1° De Marzo al 31 de Agosto de 1998. A los que se les realizó Exploración física, tacto rectal y anoscopia para clasificar el tipo de fistula, utilizando el criterio de Thompson para la clasificación. A los pacientes con diagnóstico de Fistula anal simple, se les trató mediante Fistulotomía, egresándose los pacientes al día siguiente, con citas a la consulta externa de Cirugía general a los 7, 14, 30 y 45 días posteriores a la cirugía. Los datos obtenidos se analizaron con los reportados en la literatura. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Chi cuadrada, usando el programa SPSS.

RESULTADOS: Se estudiaron 18 pacientes, 12 Hombres (67%) y 6 Mujeres (33%), con promedio de edad de 38 años (rango de 24-51). Presentando 6 pacientes complicaciones tempranas (39%), 4 pacientes complicaciones Mediatas (22%) y 2 pacientes complicaciones Tardías (11%). Ningún paciente presentó recurrencia de fistula, incontinencia anal ni hubo fallecimiento. La Chi cuadrada fue de $p=0.27$.

CONCLUSIONES: La morbilidad de la Fistulotomía en pacientes con fistula anal simple es similar a lo reportado en la literatura y es menor que la reportada para la Fistulectomía.

PALABRAS CLAVE: Fistula anal simple, Fistulotomía, Fistulectomía, Recurrencia de fistula.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUMMARY

TITLE: COMPLICATIONS OF THE FISTULOTOMY IN PATIENTS WITH ANAL SIMPLE FISTULA

OBJETIVE: To Know the morbimortality of the fistulotomy in patients with anal simple fistula

METHOD AND MATERIAL: All the patients who were sent with diagnostic of anal fistula at the General Surgery department of the Hospital Rural de Solidaridad from Ocozocuaula, Chiapas, in the period between March 1° to August 31 1998 were included in this study. All the patients were realized physical examination, rectal tact and Anoscopy to clasificate the type of fistula, using Thompson's classifications. All the patients with anal simple fistula were treated with fistulotomy and the clinical follow up was at 7,14,30 and 45 days after fistulotomy. The results were analyzed with the reports in the literature. The Statistical analysis was performed by chi-squared test.

RESULTS: Were studied 18 patients, 12 male (67%) and 6 female (33%). Average age was 38 (range,24-51) years. 6 patients had early complications (39%), 4 patients had mediate complications (22%) and 2 patients had long term complications (11%). None patients had recurrence, anal incontinence and mortality. The chi squared test $p=0.27$.

CONCLUSIONS: The morbimortality of the fistulotomy in patients with anal simple fistula were similar to the reports in the literature and this its less that the reports to fistulectomy.

KEY WORDS: Anal simple fistula, Fistulotomy, Fistulectomy, Recurrence

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Aunque se conoce como identidad diferenciada desde hace cientos de años, la fistula anal continúa planteando un problema quirúrgico difícil Hipócrates en sus escritos del siglo V a C. propugnaba la puesta a plano de la fistula anal y resaltaba que si se dejaba sin tratamiento llevaba a la muerte, así mismo fue el primero en evocar la utilización del seton Fístula es la palabra latina para caña, caramillo o flauta En cirugía implica un trayecto de granulación crónico comunicando dos superficies revestidas de epitelio, estas superficies pueden ser cutáneas o mucosas (1,2)

Marks y Ritchie, en Inglaterra , notaron que no hay una definición uniformemente aceptada, proponen que una fistula es un trayecto o cavidad que comunica con el recto o conducto anal por una abertura interna identificable, mientras generalmente existe un orificio externo en la piel perianal Cuando existe más de un orificio externo o cuando hay una adición al tracto principal, se usa el término de trayecto secundario (2,3)

Avendaño, en México, la describe como un conducto de paredes fibrosas infectadas, que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto, el orificio localizado en la cripta Se denomina primario o interno y el cutáneo o mucoso, secundario (4)

La fistula anorrectal es una enfermedad frecuente, que generalmente va precedida de un absceso, que al abrirse quirúrgica o espontáneamente se fistuliza, por lo que actualmente es común hablar de absceso fistuloso, es más común en el sexo masculino y en edades que fluctúan entre los 30 y 50 años (4,5)

Diversas condiciones pueden contribuir a la etiología de la formación de un absceso y dejar como secuela una fistula perianal. éstas se pueden clasificar como Congénitas, inespecíficas o de origen criptoglandular y específicas, como son las causadas por infecciones (tuberculosis, actinomicosis, linfogranuloma venéreo), enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerativa crónica inespecífica, Enfermedad de Crohn),traumatismos, cuerpos extraños, radioterapia y cirugía (4,6)

La hipótesis criptoglandular de la patogenia de la fistula anal, postula que la infección glandular anal es la causa primaria de la fistula y el absceso, Parks y otros han argumentado que la fistula anal está producida por glándulas anales infectadas y ha sugerido que la dilatación quística de las mismas es un precedente necesario para la infección (4,6,7)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las glándulas anales provienen del canal anal medio, a nivel de las criptas que atraviesan la submucosa, continuando dos tercios de ellas hasta el esfínter interno mientras que la mitad penetra hasta el plano interesfínterico. La obstrucción de estos ductos, ya sea secundaria a materia fecal, cuerpo extraño o traumatismo, da lugar a éstasis e infección secundaria. Morgan y Thompson plantearon la hipótesis de que la infección se extiende desde el conducto anal hacia el tejido perianorrectal para formar fistulas y abscesos, siguiendo en su trayecto las fibras del músculo anal longitudinal, que van hacia adentro a través del esfínter interno y también hacia fuera a través del músculo del esfínter anal externo (6,7,8)

Las fistulas anales son fáciles de manejar en su mayoría, aunque su tratamiento correcto, la más de las veces quirúrgico, exige conocimiento completo de la anatomía de la región y del origen de la fistula y su trayecto o trayectos, Thompson clasificó las fistulas en simples y complejas, según la relación del tracto fistuloso con el músculo puborrectal, la frecuencia de la simple es de 95% y de la compleja de 5% (4,6,9)

La codificación reciente actual de la terminología sobre procedimientos (CPT) clasifica las fistulas en Subcutáneas, Submusculares, complejas y de segunda etapa. Por lo que una fistula submuscular es considerada como fistula simple. Según la clasificación de Thompson (9,10)

Una fistula simple es aquella que tiene un trayecto fácil de identificar, generalmente superficial, recto, corto y orificio primario evidente. Fistula anal compleja es aquella con trayectos múltiples, profundos, difíciles de seguir en su recorrido, con orificios primarios difíciles de localizar (2,5,9,10)

La clasificación más aceptada es la de Parks y colaboradores, la cual se basa en el curso que sigue el trayecto fistuloso en relación con el anillo esfínteriano, así como el origen criptoglandular de la fistula, de acuerdo con ello, las fistulas son

INTERESFINTERICAS si el trayecto fistuloso pasa a través de un plano que separa ambos esfínteres, es decir, el espacio interesfínteriano. Es el tipo más común de las fistulas, 45%

TRANSESFINTERICAS Si el trayecto atraviesa ambos esfínteres, ocupan aproximadamente el 30%

SUPRAESFINTERICAS cuando inicialmente el trayecto interesfínterico y se dirige hacia arriba, pasa por debajo o alcanza el músculo puborrectal y finalmente forma su orificio fistuloso secundario en la piel perianal. Su frecuencia es del 20%

EXTRAESFINTERICA Es una fistula rara, se extiende desde el recto, arriba del elevador del ano, lo atraviesa y recorre la fosa isquiorrectal para formar su orificio secundario en la piel perianal. Suele ser consecuencia de práctica iatrogénica, enfermedad de Crohn, etc. (2,5,9,10,11)

En la fase aguda, el paciente se presentará con los datos clínicos de un absceso (dolor perianal, aumento de volumen de la región, fiebre), en ocasiones existe salida de material purulento, que el enfermo menciona como sangre y que, a su salida, alivia los síntomas (10,11,12)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la fase crónica, existe el antecedente del absceso y el paciente referirá la aparición de un grano o bolita, no dolorosa, por donde se observa la salida de material purulento que mancha la ropa (12,13)

El diagnóstico de las fistulas anales no es difícil, ya que suele bastar una buena exploración física, mediante inspección y palpación de la región anal cuidadosa y meticulosa para darnos una precisión del 79-84% en fistulas simples, sin embargo, las fistulas que se sospechan complejas obligan a afinar lo más posible sus características y determinar su etiología y descartar si se trata de una fistula específica, por lo que se usan estudios auxiliares como Colon por enema, Colonoscopia, Biopsia, Fistulografia, Ultrasonido endorrectal (14,15,16)

El objetivo en el tratamiento de las fistulas anales es curarlas, preservar la función de continencia, minimizar los defectos de cicatrización y reducir el tiempo de curación (10,17)

Para lograr estos objetivos se deben seguir los siguientes principios identificar correctamente ambos orificios fistulosos(interno y externo), localizar el trayecto fistuloso en relación con el anillo esfinteriano, minimizar la sección quirúrgica del aparato esfinteriano y procurar no deformar la piel perianal La identificación del orificio primario se hace mediante introducción de un estilete o inyección de azul de metileno, peróxido de hidrogeno u otros materiales, otros métodos son de poca utilidad si se cumplen los preceptos anteriormente mencionados (2,4,10,17)

El tratamiento de las fistulas anales es fácil en un 85-95%, mediante 2 métodos Inyección de medicamentos en la fistula, el cual esta en desuso en la actualidad, en virtud de no haber demostrado su eficacia, y el Tratamiento Quirúrgico, en la cual se utilizan 4 técnicas, dependiendo de la clasificación de las fistulas, éstas son

FISTULOTOMIA consiste, en que una vez pasado el estilete e identificado el orificio primario, se realiza un corte de todo el trayecto, sin reseca el piso del mismo, concretándose a cerrar la cripta que dio origen a la fistula Esta es la tecnica ideal en casos de fistulas simples

FISTULECTOMIA Consiste en la remoción de todo el trayecto fistuloso, incluido el piso del mismo, existe mayor riesgo de dejar al paciente con incontinencia

COLOCACION DE SETON El principio de esta técnica se basa en la presencia de un cuerpo extraño en el trayecto, que promueve una reacción fibrosa, cicatrización y acortamiento de la fistula, se utiliza en las fistulas extraesfinterianas y supraesfinterianas

AVANCE DE COLGAJO DE MUCOSA Consiste, que una vez identificado el orificio primario, se obtiene un colgajo de espesor completo de mucosa rectal sana por encima del mismo y se avanza hasta la línea anorrectal fijandose a ésta con material sintético de absorción lenta, se utiliza en el manejo de fistulas complejas recidivantes (18 19 20 21,22)

Los principales criterios para determinar el éxito o fracaso de la cirugía de fistula anal son Recurrencia, retardo en la cicatrización e incontinencia Existen enormes diferencias en el reporte de los resultados de la cirugía de fistula, ya que se reportan tasas de recurrencia de



0 7-46%; tasas de incontinencia de 5-40% y tasas de retardo en la cicatrización de 17%, (2 3,4,12,23),

Las complicaciones de la cirugía de fistula se dividen en Tempranas y tardías, dentro de las primeras se encuentran Hemorragias, fiebre, retención aguda de orina, infección e impactación fecal, dentro de las tardías se engloban Recurrencias de fistula, incontinencia anal, retardo en la cicatrización En la literatura se reportan diversas tasas de complicaciones que se presentan en una fistulotomía, aunque el rango varía para complicaciones tardías de 8-12% (2,4,12,23)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

Con el objeto de conocer la morbilidad que se presenta en pacientes operados de fistulotomía, por fistula anal simple, se desarrolló un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo.

Se captaron pacientes referidos al servicio de Cirugía general, del Hospital Rural "S" de Solidaridad De Ocozocuautila, Chiapas, con el diagnóstico de fistula anal En el período comprendido del 1° De Marzo de 1998 al 31 de Agosto de 1998 A los que se les realizó exploración física de la región anal, Tacto rectal y anoscopia, para clasificar el tipo de fístula anal

Para la clasificación se utilizó el criterio de Thompson, las cuales las divide en simple y compleja, siendo las simples submusculares, con trayecto fácil de identificar, superficial, recto, corto y orificio primario evidente

A los pacientes con diagnóstico de fistula anal simple, se les realizó Fistulotomía, procedimiento quirúrgico en donde se realiza corte de todo el trayecto de la fistula, sin reseca el piso de la misma concretándose a cerrar exclusivamente la cripta que dio origen a la fistula Previa aceptación del paciente al procedimiento quirúrgico, así como contar con laboratorios básicos pre-operatorios (BH, QS, TP, TPT) dentro de los parámetros normales Egresándose los pacientes 1 día después de realizado el procedimiento, con citas a la consulta externa del servicio de Cirugía general para vigilancia de los pacientes a los 7,14,30 y 45 días posteriores a la cirugía

Se excluyeron pacientes a los cuales se les diagnóstico fistula compleja, que tenían cirugía anorrectal previa, pacientes con secuelas neurológicas de EVC, cardiopatías, neumopatía, hipertensos y diabéticos descontrolados

Se analizaron la edad, sexo, enfermedades concomitantes y/o asociadas, sintomatología postoperatoria referida por los pacientes así como los hallazgos de la exploración física en las consultas realizadas de control, datos de recurrencias de fistula Todos los datos obtenidos se registraron y se analizaron mediante el programa SPSS, comparándose con los reportados en la literatura. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Chi cuadrada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS Y ESTE NO CUMPLE
DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 1° De Marzo de 1998 al 31 de Agosto de 1998 Se ingresaron al servicio de Cirugía general del Hospital Rural "S" de Solidaridad de Ocozocuaula, Chiapas; 18 pacientes con el diagnóstico de fistula anal simple siendo 12 pacientes del sexo masculino (67%) y 6 pacientes del sexo femenino (33%), la relación hombre-mujer fue de 2 1 (ver gráfica 1),

El promedio de edad fue de 38 años, con un rango de edad de 24 a 51 años La incidencia máxima por grupo de edad fue en el grupo de 31-40 años con 11 casos (61%) seguida del grupo de 41 a 50 años con 4 casos (22%) (ver gráfica 2)

De los 18 pacientes, 5 pacientes presentaron patología asociada (28%) y 13 pacientes no lo presentaron (72%)(ver gráfica 3) La patología más frecuentemente encontrada fue la Diabetes mellitus II en 3 casos, seguido de la Hipertensión arterial sistémica en 2 casos Todos estos pacientes tenían antecedente de estreñimiento crónico (vergráfica 4)

El número de consultas postoperatorios en promedio fue de 3, con un rango de 1-4 consultas Todos los pacientes masculinos se dedicaban a labores del campo y las femeninas a labores del hogar En todos los pacientes el procedimiento anestésico fue bloqueo peridural más sedación

Durante su estancia en recuperación, 2 pacientes presentaron retención aguda de orina (11%), la cual mejoró con sondeo vesical, ningún paciente durante este periodo presentó fiebre, hemorragia o alguna otra complicación En la consulta de control a los 7 días 4 pacientes (22%) manifestaron sintomatología siendo Dolor en la herida quirúrgica más secreción serosa en 2 pacientes e impactación fecal en 2 pacientes En este periodo de tiempo se clasificaron los síntomas como complicaciones tempranas (ver gráfica 5)

En las consultas de control a los 14 días posteriores a la cirugía , 4 pacientes (22%) presentaron 2 pacientes datos de infección en la herida quirúrgica y 2 pacientes manifestaron secreción serosa en cantidades mínimas El resto de los pacientes no manifestaron complicacion alguna (72%) (ver gráfica 5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la consulta de control a los 30 días posteriores a la cirugía, sólo 2 pacientes (11%) manifestaron algún tipo de complicación, siendo 1 paciente impactación fecal y otro paciente presentó datos de retardo en la cicatrización a la exploración física. En este período es de hacer mención que el resto de los pacientes (94%) tenían la herida quirúrgica cicatrizada (ver gráfica 5)

En los controles a los 45 días posteriores a la cirugía, sólo 1 paciente (6%) presentó datos a la exploración física de retardo en la cicatrización de la herida quirúrgica, el resto de los pacientes se manifestaron asintomáticos, este paciente tenía Diabetes mellitus II descontrolada durante su período Postoperatorio. A los pacientes que presentaron algún tipo de complicación durante este período de tiempo se les clasificó como complicaciones tardías (ver gráfica 5)

Ningún paciente en este estudio presentó hemorragia, fiebre, incontinencia anal parcial o total ni datos de recurrencia de la fistula durante las revisiones de control, así como, no hubo ningún deceso durante el estudio

Todos estos datos, fueron registrados en el programa de computación SPSS y el análisis estadístico se realizó con la prueba de Chi cuadrada donde $p=0.27$, no existiendo diferencia estadísticamente significativa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

La presencia de fistula anal sintomática es indicación de operar, la curación espontanea de una fistula anal es muy rara. Los criterios para determinar el éxito de la cirugía de la fistula anal son los índices de recurrencia e incontinencia, en la literatura hay diversos reportes de los mismos cuyos rangos van de 26 hasta 46% (2,3,4)

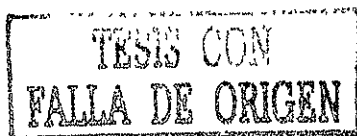
La fistula anal es una afección muy frecuente en la práctica proctologica , más común en el sexo masculino y en edades que fluctuan entre los 30 y los 50 años de edad (3,4)

En el presente estudio, los resultados obtenidos que se observan en las gráficas 1y2, la relación hombre-mujer fue de 2 1, los cuales son similares a los reportados por Abcarian y colaboradores en un estudio de 1023 pacientes(8,11), donde obtuvo una frecuencia de hombre-mujer de 2 1 en pacientes que tenían fistula anal y cuyas edades comprendían de los 10 a los 82 años, la mayoría de los cuales (65%) se encontraban entre la tercera y cuarta décadas de la vida (11)

El porcentaje de los pacientes de este estudio que presentaron patología asociada a la fistula anal, fue de 28% (ver gráfica 3), es más alto que los observados por Tang y Chew en donde muestran que el 19% de los pacientes estudiados por ellos , presentaban alguna patología asociada. Aunque en la literatura hay reportes diversos que van de 15 al 39% (12,17,18)

Los resultados así como las complicaciones comunicadas sobre la cirugía de fistula son muy variados y discordantes en la literatura aunque queda claro que los resultados dependerán de la complejidad de la fistula tratada , una revisión de la literatura nos revela una larga lista de potenciales complicaciones así como la incidencia de las mismas (19,20,22)

Las complicaciones de la cirugía de fistula se dividen según el tiempo de presentación en Tempranas (0-7 días), mediatas (8-29 días) y tardías (30 ó más días)(16) En nuestro estudio los pacientes tuvieron un seguimiento de 45 días. En la literatura se reportan diversas tasas de complicaciones , aunque el indice promedio es de 15% con un rango que va de 8 al 33% de complicaciones en general (14,15)



Las complicaciones tempranas en este estudio, se presentaron en 6 pacientes (39%)(ver gráfica 5), siendo la más frecuentes la retención aguda de orina, seguida del dolor más secreción serosa de la herida quirúrgica, difiriendo de los reportes de la literatura en donde Mazier observó un índice de 33%, donde se presentaron hemorragias, RAO, fiebre, impactación fecal,durante este periodo. La diferencia que se observa entre los datos del estudio y los observados por Mazier quizá se deban a que nuestro estudio fue en menor numero de pacientes a los reportados en la literatura (17,18,20)

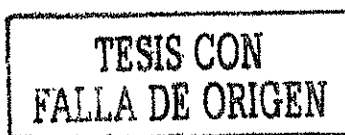
Las complicaciones mediatas se presentaron en 4 pacientes (22%)(gráfica 5), donde la más comunes fueron infección de herida quirúrgica , seguido de secreción serosa por la herida quirúrgica En la literatura es difícil encontrar valores de referencias para las complicaciones en este periodo ya que la mayoría de los estudios no hacen mención de los mismos, sólo observamos un estudio realizado por Lewis en donde observó una tasa de complicaciones de 18%(21), reportando celulitis, impactación fecal, así como incontinencia anal parcial (20,21)

Las complicaciones tardías se presentaron en 2 pacientes (11%), aquí observamos que el índice es similar a lo observados en la literatura, siendo el mas notorio el de Marks y colaboradores en 793 pacientes con seguimiento de 25 meses, donde reporte un índice de complicaciones en este periodo de 9%, observando recurrencia de la fistula y algún tipo de incontinencia anal como complicaciones frecuentes en este periodo (22,23)

En nuestro estudio, ningún paciente presentó hemorragias, fiebre, incontinencia anal, ni datos de recurrencia de fistula, ni hubo deceso de pacientes La mayoría de las fistulas curaron dentro de los 30 días posteriores a la cirugía Es de hacer mención que la mayoría de los estudios en la literatura muy pocos son específicos para la fistula simple y que casi muy pocos hacen énfasis en las complicaciones (gráfica 5)

En la literatura se menciona que para el tratamiento de las fistulas anales simples, se prefiere la fistulotomía a la fistulectomía , en virtud de que presenta un tiempo de curación más corto (30 días), así como menor posibilidad de incontinencia, lo cual se corroboró en este estudio, donde se observó un tiempo de curación de aproximadamente 27 días (14,23)

En cuanto al analisis estadístico, encontramos que no hay diferencia estadísticamente significativa ya que $p=0.27$, por lo que concluimos que los índices de morbimortalidad de la fistulotomía son menores que la fistulectomía y que nuestros resultados coinciden con lo reportado en la literatura



CONCLUSIONES

La fistula anal es una afección frecuente, siendo más común en el sexo masculino y en la tercera década de la vida, siendo la del tipo Simple la más frecuente

La morbimortalidad de la fistulotomía en pacientes con fístula anal simple del Hospital Rural "S" de Solidaridad de Ocozocuaula, Chiapas Es similar a los reportados en la literatura

La fistulotomía es el procedimiento quirúrgico que se recomienda como tratamiento en los pacientes con fistula anal simple, en virtud de tener menos complicaciones que la fistulectomía

Hay muy pocos estudios que se han dirigido específicamente a analizar la morbimortalidad de la fistulotomía en pacientes con fistula anal por lo que es difícil comparar los resultados del presente estudio con los reportados en la literatura, además de que el seguimiento de los pacientes fue en un corto periodo de tiempo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

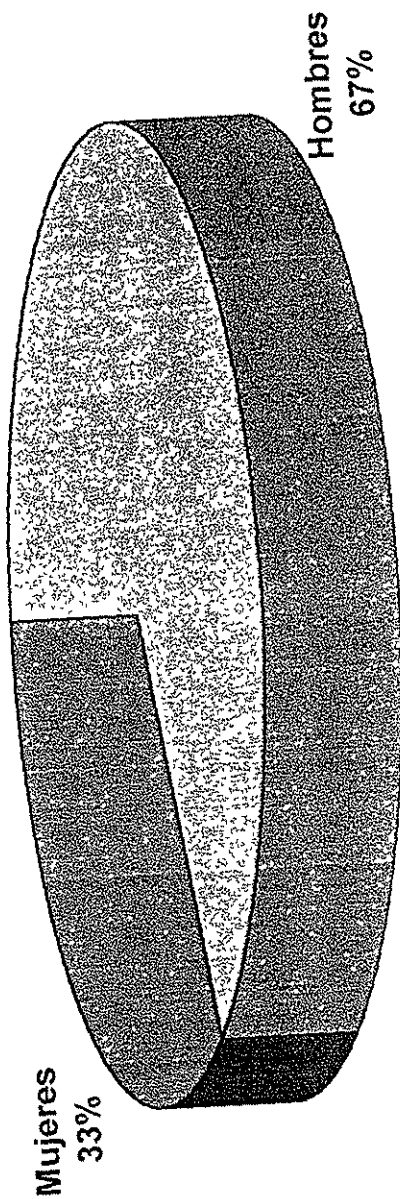
BIBLIOGRAFIA

- 1 - Seow-Choen, Nicholls RJ Fistula anal. Br J Surg 1992,7(6) 464-473
- 2 - Goligher J, Duthie H. Cirugía del ano recto y colon 2ª edición Ed Salvat 1991
- 3 - Goldberg MS, Gordon HP Fundamentos de cirugía anorrectal 1ª edición Ed Limusa 1986
- 4 - Avendaño E Abscesos y fistulas Proctología 1968
- 5 - Correa RJ, Avendaño E, et al Fistulas anales complejas Rev Gastroenterol Mex 1996, 61(2) 147-151
- 6 - Corman ML Colon and rectal surgery 3ª Edición Ed Lippincot Co 1993
- 7 - Pople IK, Ralphs DN An aetiology for fistula in ano Br J Surg 1988,75 904-905
- 8 - Klosferhalfen B, et al Anatomic nature and surgical significance of anal sinus and anal intramuscular glands Dis Colon Rectum 1991,34(2) 156-160
- 9 - Sagman YO, et al Is simple fistula in ano simple? Dis Colon Rectum 1994,37(9) 885-889,
- 10 -ASCRS estándar practice task force Practice parameters for treatment of fistula in ano Dis Colon Rectum 1996,39(12) 1361-1372
- 11 -Parks AG, gordon PH et al A classifications of fistula in ano Br J Surg 1976,63 1-12
- 12 -García Aguilar et al Anal fistula surgery Dis colon Rectum 1996, 39(7) 723-9
- 13 -Ustinosky MK Horseshoes abcess fistula Dis Colon Rectm 1990,33 602-5
- 14 -Cirocco WC, Reilly CJ Challenging the predictive accuracy of Goodsall's rule for anal fistula Dis Colon Rectum 1992,35 537-42



- 15 - Choen F, Phillips RK Management of problematical anal fistula Br J Surg 1991, 78 539-41
- 16 - Choen BJ Comparasion between anal endosonography and digital examination in the evaluations of anal fistula Br J Surg 1991,78 94
- 17 - Shouten RW, Vroonhoven VM Treatment of anal abscess with or without primary fistulectomy Dis Colon Rectum 1991,34 60-5
- 18 - Vantest WF, Kuijpers HC Continenence disorders after anal fistulotomy Dis Colon Rectum 1994,37 1194-1197
- 19 - Hanley P, et al Rubberband seton in the management of abscess and anal fistula Ann surg 1994,187 435-437
- 20 - Mann CU, Clifton MA Reroutinf of the track for the treatment of high anal and anorectal fistula Br J Surg 1995,72 134-137
- 21 - Bayer I, Gordon PH Selected operative management of fistula in ano Dis Colon Rectum 1994,37 760-765
- 22 - Ozuner GO, et al Long term analysis of the use of transanal rectal advancement flap for complicate anorectal fistula Dis Colon rectum 1996,39(1) 10-14
- 23 - Tang CL, Chew SP, et al Prospective randomized trial of drainage alone vs Drainage and fistulotomy for acute perianal abscess with proven internal opening Dis Colon Rectum 1996,39(12) 1415-1417

Relacion de Pacientes por Sexo con Fistula anal Simple

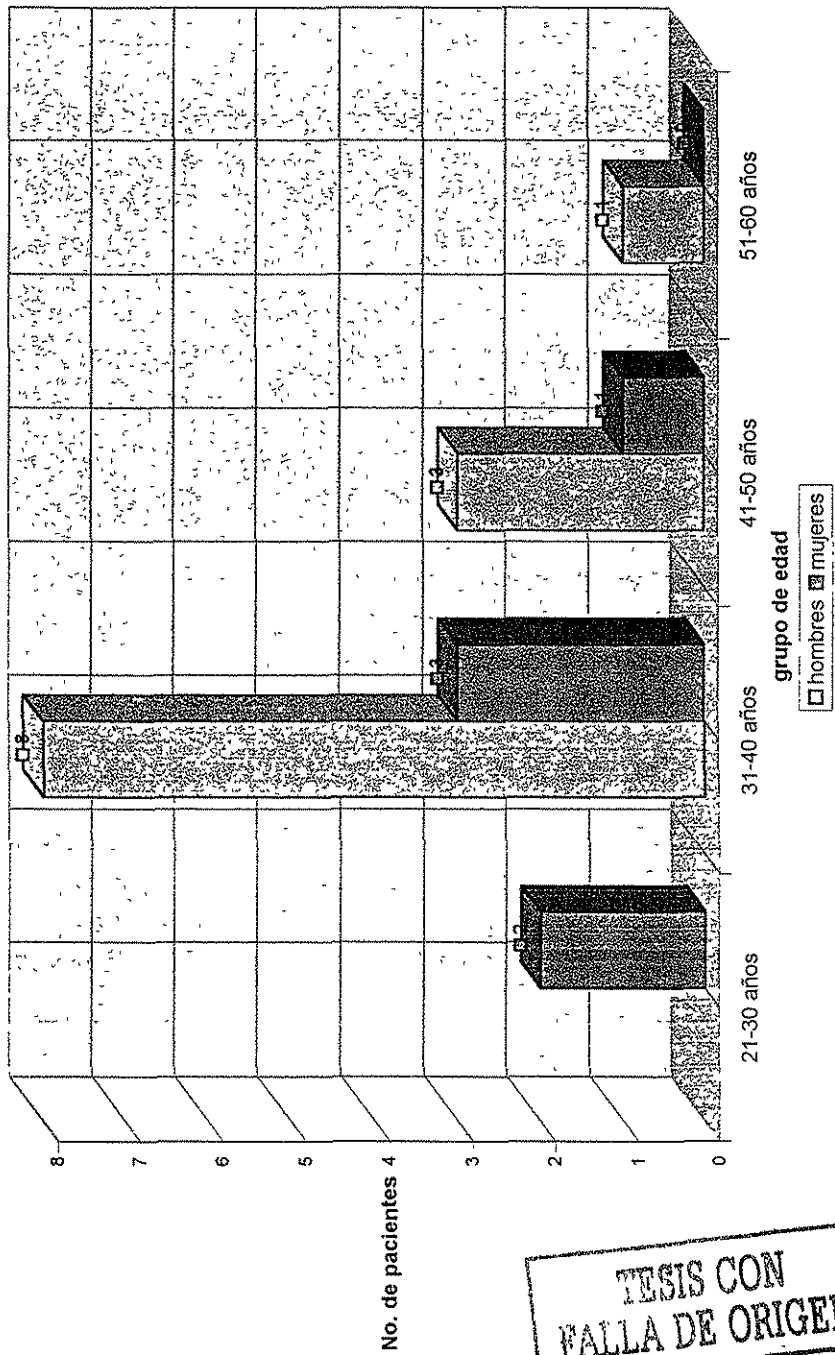


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

□ Hombres □ Mujeres

GRAFICA NO. 1

Relacion de Pacientes por Grupo de Edad y Sexo con Fistula Anal Simple



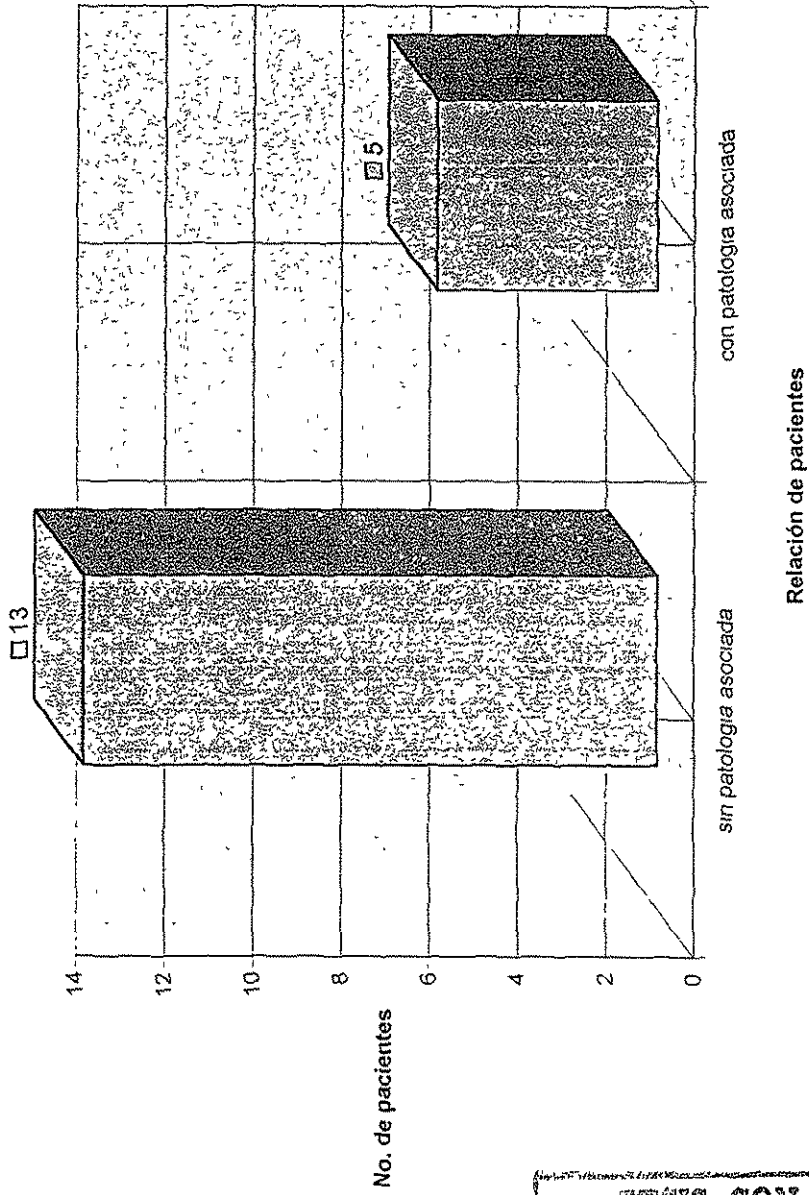
GRAFICA 2

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

18

GRAFICA 3

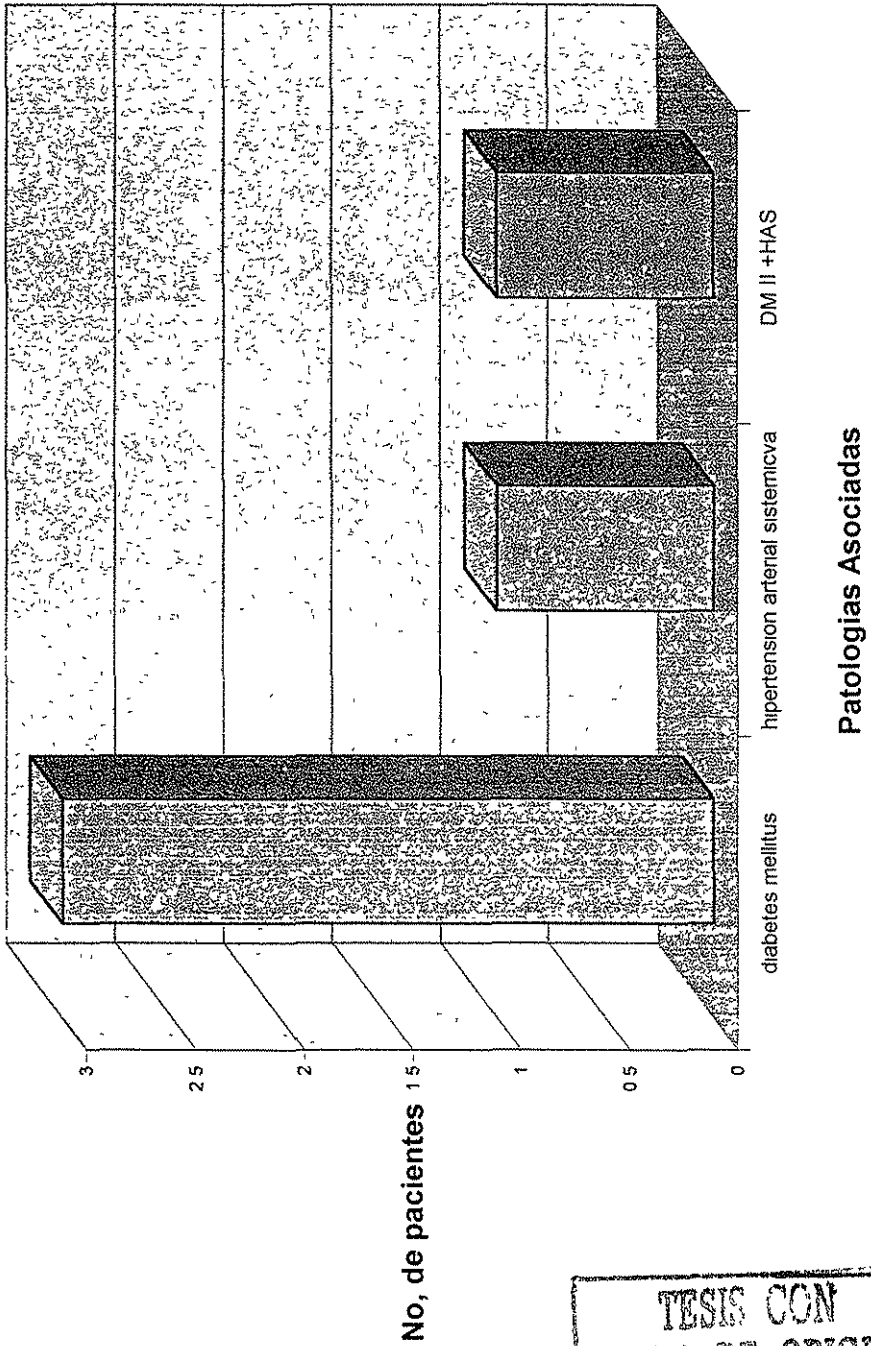
Relación de pacientes con patología asociada a la Fístula Anal Simple



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

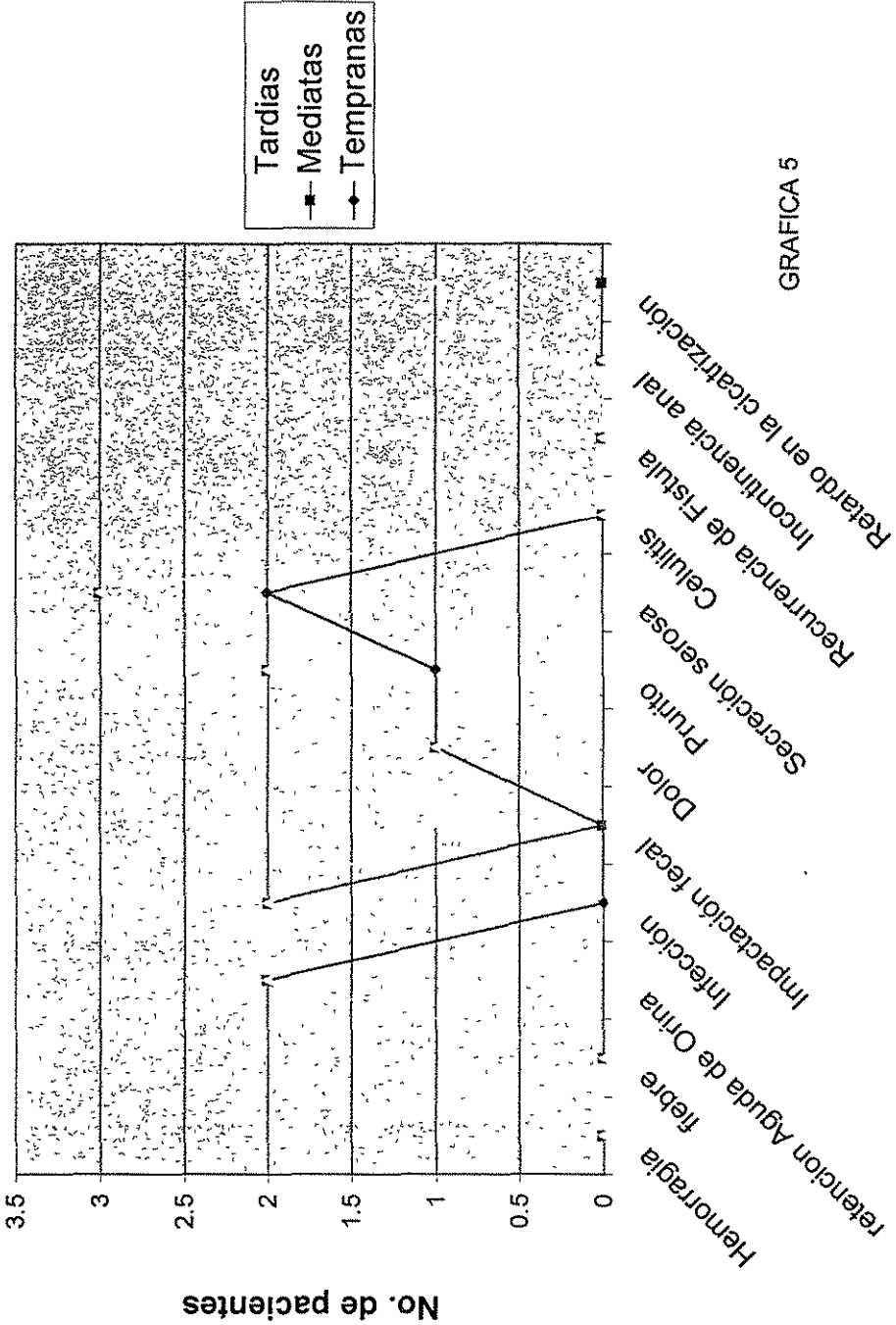
GRAFICA 4

Patologias asociadas a Fistula Anal Simple



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Complicaciones de la fistulotomía



GRAFICA 5

TESIS CON FALLA DE ORIGEN