

112382



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES  
DEL ESTADO

FISTULECTOMIA PRESERVADORA DE ESFINTERES.  
UNA NUEVA TECNICA QUIRURGICA SIMPLIFICADA

TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PRESENTA EL:

DR. SERGIO ALBERTO GONZALEZ JAIDAR

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE:  
COLOPROCTOLOGIA



**ISSSTE**

ASESOR DE TESIS

DR. OSCAR COYOLI GARCIA

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

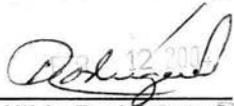
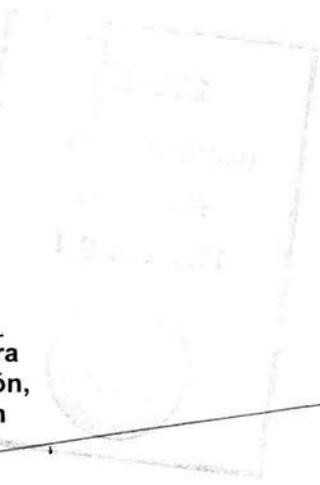
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.



**Dr. Julio César Díaz Becerra**  
Coordinador de Capacitación,  
Desarrollo e investigación



**Dra. Hilda Rodríguez Ortiz**  
Jefe de Investigación



**Dra. Luis S. Alcázar Álvarez**  
Jefe de Enseñanza



**Dr. Oscar Coyoli García**  
**Profesor Titular**



**Dr. Oscar Coyoli García**  
**Asesor de Tesis**



**Dr. José Guadalupe Sevilla Flores**  
**Vocal de Investigación**

## **Dedicatoria**

**A mi esposa Rosario y mi hija Gisell por su amor y comprensión.**

**A la familia por todo el apoyo dado.**

**A mis maestros: Oscar Coyoli, Jose Herrejon, Carlos Toledo por su dedicación**

**A mis amigos Ricardo y Adrián así como a Laurita por tolerarme en el servicio**

**Muy en especial a mi amigo Cesar Cruz que aunque piensa que no va aparecer en esta dedicatoria, le tengo mucho agradecimiento por su amistad y así como por sus consejos.**

## Índice:

<b>Abstract.....</b>	<b>6</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>8</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>10</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>11</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>12</b>
<b>Objetivo.....</b>	<b>13</b>
<b>Pacientes y métodos.....</b>	<b>14</b>
<b>Descripción operativa.....</b>	<b>15</b>
<b>Selección de la muestra.....</b>	<b>16</b>
<b>Análisis estadístico.....</b>	<b>18</b>
<b>Consideraciones éticas.....</b>	<b>19</b>
<b>Recursos para el estudio.....</b>	<b>20</b>
<b>Cronograma de actividades.....</b>	<b>21</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>22</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>23</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>25</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>27</b>

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** The purpose was to evaluate the result concerning recurrence and continence after a new sphincter-saving surgery for complicated anal fistula. **METHODS:** Between april 2002 and august 2003, 21 patients with complicated anal fistulas were operated, 3 patients were excluded because they didn't attend at their medical appointments. Therefore we only analyzed 18 (14 males, 4 females), with a mean age of 44.2, all the patients have complicated anal fistulas, with undoubted identification of the internal and external openings. First the location of the primary opening is identified. Then, the surrounding mucosa is removed and detached from the internal sphincter. The defect in the internal anal sphincter was closed, and the edges of the mucosa sutured. The fistulous tract running from the external opening to sphincter was excised, and left open. After a median hospital stay of 4 hours, they were discharged. **RESULTS:** All the procedures were successfully accomplished, in a median surgical time of 40 minutes. Satisfactory healing in no more than 3 weeks was obtained, except in two patients. During the follow up a patient have an internal opening delayed healing which merit an office fistulotomy procedure. In another patient the external wound didn't close, and the histopathology result confirmed *M. tuberculosis*, the patient is still treated with antituberculous drugs but the wound healed 5 weeks later. None of this patients have continence disturbances. The overall success rate was 94.5%, and recurrence rate of 5.5%. **CONCLUSIONS:** Complicated anal fistulas can be treated effectively by this procedure, with a overall success, with no continence disturbances and an acceptable recurrence rate.

## RESUMEN.

**OBJETIVO:** El propósito es evaluar los resultados de una opción quirúrgica simplificada preservadora de esfínteres para fistulas con trayecto bien organizados. **MÉTODOS:** De abril/2002 hasta agosto/2003 se operaron 21 pacientes, excluyéndose 3 por haberse perdido del seguimiento. 14 hombres, 4 mujeres, edad media 44.2 años. Criterios de inclusión: fistula transesfinterica de origen criptoglandular, trayecto bien organizado e identificación del orificio primario y secundario(s). Realizándoles incisión en huso alrededor de la cripta causal, disecando toda la mucosa lateralmente, obliterándose el orificio primario a nivel del esfínter, y cierre de mucosa. Posteriormente incidimos alrededor del orificio externo, disecándose el trayecto hasta su unión con el esfínter donde se corta, dejándose el orificio externo abierto. Fueron egresado una vez recuperados de la anestesia, en promedio a las 4 horas. **RESULTADOS:** Todos los procedimientos fueron exitosamente realizados, en un tiempo promedio de 40 minutos. Todos los pacientes tuvieron un cierre de la herida en no más de 3 semanas, a excepción de 2 pacientes. Un paciente tuvo dehiscencia de la herida interna realizándosele en consulta externa una fistulotomía. Otra paciente curso con retardo de cicatrización, con reporte patológico de M Tuberculoso tratándose con antifímicos y cicatrizando totalmente la herida después de 5 semanas de tratamiento. Ninguno tuvo alteración de la continencia. Teniendo un índice de éxito del 94.5%, y de recidiva de 5.5%. **CONCLUSIONES:** Fístulas transesfintericas con trayecto bien organizado pueden ser tratadas efectivamente con este procedimiento, con índice de éxito favorable, sin alteraciones en la continencia, y con una recurrencia baja.

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de las fistulas anales complicadas o complejas son del tipo transesfintericas, y debido a la gran complejidad de estas fistulas y el riesgo postoperatorio de incontinencia y de recurrencia, el tratamiento quirúrgico de estas fistulas permanece como un gran reto para todo aquel cirujano que intente operarlas.(1) Siendo las opciones quirúrgicas que se pueden realizar muy diversas, estas técnicas han evolucionado radicalmente a través de los años, tratando de disminuir las numerosas complicaciones posquirúrgicas que comúnmente se presentan.

Tradicionalmente el tratamiento para este tipo de fístula ha sido la realización de una fistulectomía y fistulotomía, siendo la incontinencia la principal secuela de esta cirugía, y de mayor incidencia cierto grado de escurrimiento con manchado de ropa todo esto en aproximadamente 30 a 50% de los pacientes(2,3). Siendo la falta de identificación de la cripta de origen la principal causa de falla de esta técnica(4). Con un índice de recidiva muy variable siendo él mas bajo de 1.8% (5)

Otra opción quirúrgica para el tratamiento de estas fistulas con el fin de disminuir la severidad del daño del esfínter y la incontinencia posterior es el uso del seton. Esta técnica quirúrgica esta asociada con un 17 a 39% de incontinencia ocurriendo esta principalmente a líquidos y gases y cierto porcentaje de recurrencia que va del 2 al 15% . (6,7,8,9,10,11)

Otra alternativa es la realización de una fistulotomía con plastia anal, sin ser demasiado practicado debido a la misma complejidad de la técnica, considerándose en la actualidad únicamente en aquellas fistulas muy altas, mencionándose en ocasiones la necesidad de elaborar hasta colostomía en estos pacientes. (12)

Sin embargo se considera que el tratamiento quirúrgico adecuado de una fístula anal complicada involucra no solo la curación de la fístula anal, sino también la preservación de la anatomía y de la función normal del conducto anal, para disminuir las complicaciones posquirúrgicas.(13) Teniendo este objetivo se idearon las técnicas preservadoras de esfínteres con la finalidad de conservar lo más posible la funcionalidad y anatomía del conducto anal, las cuales describen la realización de fistulectomía de todo el trayecto fistuloso, y la realización de algún tipo de colgajo ya sea por descenso, ascenso o rotación de colgajo, sin provocar prácticamente nada de daño al esfínter anal, ni afectar la continencia, además de establecerse una mas rápida recuperación, con alto índice de éxito, y con bajo índice de recurrencia del 1 al 16%. (13, 14, 15).

La realización de colgajo fue iniciada por Noble en 1902 para fístula rectovaginales(16). Usada 10 años después por Elting para el tratamiento de fistulas anales transesfintericas reportando buenos resultados (17). Aplicada también en fistulas rectouretrales con gran éxito(18) (19)

En 1948 Laird (20) describió un colgajo de mucosa, submucosa, y algunas fibras musculares de esfínter anal para la realización del procedimiento. Realizándose posteriormente muchas modificaciones a la técnica quirúrgica, y con resultados muy alentadores e índices de curación de hasta 100% de acuerdo con algunas series aún en pacientes con Crohn's.

Al realizar este tipo de cirugía se debe tener hospitalizado el paciente previo a cirugía, para tener una preparación correcta del paciente, así mismo una vez realizada la cirugía debe quedar hospitalizado durante algunos días. Siendo esta estancia prolongada muy incómoda, para la mayoría de los pacientes.

Uno de los grandes inconvenientes es que la mayoría de los pacientes se encuentran programados para cirugía sin preparación previa y sin conocer exactamente el tipo de fístula, ya que esta se descubre con certeza hasta el momento de la cirugía, por lo que la cirugía con realización con algún tipo de colgajo no siempre puede realizarse, limitando las opciones quirúrgicas.

Nosotros proponemos una simplificación de la técnica preservadora de esfínteres, la cual se puede realizar como procedimiento de corta estancia o cirugía ambulatoria, sin preparación previa del paciente, con un procedimiento quirúrgico más breve, simplificado, con menor tiempo de estancia intrahospitalaria, con conservación total de la continencia anal, cursando con una recuperación más rápida en comparación con otras técnicas. Razones por las cuales realizamos este estudio prospectivo.

## **JUSTIFICACIÓN**

La presencia de fistulas transesfintéricas constituye un motivo de consulta relativamente frecuente dentro del servicio de Coloproctología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos situándose únicamente por debajo de la Enfermedad Hemorroidal y de la Fisura Anal.

El tratamiento que se emplea como estandar es la realización de fistulectomía cuyo principal inconveniente es la presencia de efectos colaterales como la incontinencia que puede afectar hasta un 30% de la totalidad de los pacientes sometidos a este procedimiento, por lo que la búsqueda de un tratamiento quirúrgico con menores efectos adversos es motivo de preocupación a nivel mundial.

El empleo de una técnica que pueda resolver el padecimiento que al mismo tiempo preserve la función de continencia y tenga una baja incidencia de recurrencia, es la meta que se pretende conseguir por lo que el presente trabajo se inscribe dentro de la búsqueda de esta alternativa de solución con el objetivo de incidir positivamente en el curso de este tipo de padecimientos.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la efectividad del empleo de la técnica denominada como fistulectomía preservadora de esfínteres en el tratamiento quirúrgico de la fístula anorrectoperineal transesfintérica ?

¿ Existe una adecuada recuperación en el período postoperatorio con la realización de la fistulectomía preservadora de esfínteres ?

¿ Existe preservación de la continencia en los pacientes postoperados por la realización de fistulectomía preservadora de esfínteres ?

¿ Existe recidiva posterior a la realización de fistulectomía preservadora de esfínteres en el tratamiento de la fístula anorrectoperianal transesfintérica ?

## **HIPÓTESIS**

La realización de fistulectomía preservadora de esfínteres en el tratamiento de la fístula anorrectoperineal transesfintérica es efectiva en la resolución del padecimiento preservando la función esfinteriana.

La fistulectomía preservadora de esfínteres sera bien tolerada con un mínimo de efectos colaterales y con muy baja incidencia de recidiva para el tratamiento de las fístulas anorrectoperineales transesfintéricas.

## **OBJETIVO**

### **GENERAL**

Dar a conocer los resultados de una opción quirúrgica preservadora de esfínteres simplificada para fístulas transesfintéricas, con alteración mínima de la continencia anal, pronta recuperación y recidiva mínima.

### **ESPECÍFICO**

- Determinar la evolución postoperatoria de los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento.
- Determinar la presencia de recidiva posterior a la realización de fistulectomía preservadora de esfínteres.
- Determinar la presencia de efectos adversos posteriores a la realización de fistulectomía preservadora de esfínteres

## **PACIENTES Y METODOS.**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

- Estudio experimental tipo ensayo clínico
- Universo de Trabajo.- Pacientes con el diagnóstico de fístula anal transesfintéricas de origen criptoglandular con trayecto fistuloso bien organizado susceptible de realización de fistulectomía preservadora de esfínteres en el período comprendido entre abril del 2002 y agosto del 2003 que aceptaron su inclusión dentro del presente estudio.

**VARIABLES:** Según metodología

#### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Curación del padecimiento
- Curso del postoperatorio
- Presencia de recidiva

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Realización de fistulectomía preservadora de esfínteres

## **DESCRIPCIÓN OPERATIVA**

Fistulectomía preservadora de esfínteres.- Técnica quirúrgica que pretende la resección del trayecto fistuloso sin afectación del complejo esfinteriano.

Fístula perianal compleja con trayecto bien definido.- Fístula anorrectoperineal de origen criptoglandular con trayecto transesfintérico alto, supraesfintérico o extraesfintérico.

Recidiva: persistencia o reaparición de trayecto fistuloso y presencia de sintomatología compatible con la fístula original.

## **SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

### **A) TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Pacientes con el diagnóstico de fístula anorrectoperineal transesfintérica con trayecto bien organizado susceptibles de tratamiento con fistulectomía preservadora de esfínteres, a los cuales se les realizó tratamiento quirúrgico durante el período comprendido entre el 1 de Abril del 2002 y el 31 de Agosto del 2003.

### **B) CRITERIOS DE SELECCIÓN**

**INCLUSIÓN.-** Pacientes con fístulas transesfintericas con trayecto bien organizado de origen criptoglandular, identificación completa tanto del (los) orificio(s) secundario(s), como del primario con seguridad, expediente clínico completo, susceptibles de tratamiento mediante la fistulectomía preservadora de esfínteres y que aceptaron su inclusión dentro del presente estudio.

**NO INCLUSIÓN.-** Pacientes que no acepten ser incluidos dentro de este estudio. pacientes con patología que contraindique el manejo ambulatorio.

**EXCLUSIÓN.-** Pacientes en quienes se extravié la información, no sea posible la integración del expediente o se pierda del seguimiento.

## PROCEDIMIENTOS

De abril del 2002 hasta agosto del 2003, 21 pacientes con fístulas transesfintericas se les realizo nuestra técnica simplificada, pudiéndose únicamente recopilar 18 expedientes clínicos, siendo excluidos 3 pacientes del presente estudio por perderse su seguimiento postquirúrgico. Todos presentaban fístulas transesfintericas de origen criptoglandular con trayecto fistuloso bien organizado.

Todos los pacientes se ingresaron como pacientes de cirugía de corta estancia, sin ninguna preparación colonica, ni aplicación de antibióticos previos.

La cirugía se realizo en quirófano en posición de navaja sevillana, usando bloqueo peridural, y sedación intravenosa.

El siguiente paso es la identificación del trayecto fistuloso, con sus orificios tanto primario como secundario(s) a través de exploración clínica, la canulación del trayecto con estilete o mediante el paso de agua oxigenada a través del orificio secundario para la identificación exacta del orificio interno o primario. (Figura 1)

Una vez realizado este procedimiento la primera etapa consiste en la disección del trayecto fistuloso para la cual incidimos en huso la piel alrededor del orificio externo (Figura 2), disecándose con tijera o con la ayuda de un disector todo el trayecto fistuloso hasta la cripta de origen (Figura 3 y 4) y abriéndose a la luz del conducto anal extrayéndose en su totalidad y bajo visión directa a través de un separador de Pratt dejándose el orificio externo para drenaje (Figura 8), solo marzupializandose los bordes con crómico del 2-0 y surjete continuo para hemostasia o aplicación de electrocauterio.

En una segunda etapa, con utilización del mismo separador de Pratt realizamos una incisión en huso de forma longitudinal alrededor del defecto dejado por la disección del trayecto fistuloso y de la cripta patológica, disecando toda la mucosa (Figura 5), y dejando al descubierto el esfínter interno reparándose el defecto con vicryl 3-0 puntos invertidos (Figura 6), luego se realiza una disección lateral de la mucosa de forma tal de poder cerrarla libre de tensión y desplazándola por fuera del defecto reparado del EAI con surjete continuo hermético y monocryl del 3-0 (Figura 7).

Una vez realizado el procedimiento quirúrgico, pasa el paciente a recuperación, egresándose posteriormente, una vez recuperados de la anestesia, a casa aproximadamente 4 horas después, solamente con analgésicos y metronidazol vía oral. El seguimiento postoperatorio se realizo a través de la consulta externa. Con cita inicial a la primera semana, y 4 citas subsecuentes a las 2 semanas, 1 mes, 2 meses, 3 meses y 1 año.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se empleó estadística inferencial para las variables cuantitativas promedio y desviación estándar, para las variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

Se utilizaron pruebas paramétricas para la medición de variables cuantitativas, pruebas no paramétricas para comparación entre variables cualitativas.

Se consideró significancia estadística a valores de  $p < 0.05$

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En este estudio se cumplen con los criterios de la declaración de Helsinki modificada en 1983 y la Ley General de Salud de la República Mexicana

La información obtenida es totalmente confidencial, la participación en este protocolo se realizó previo conocimiento y aceptación explícita del paciente. El análisis de los resultados pretende servir de base para futuras evaluaciones del problema y para el diseño de alternativas de solución que permitan desembocar en consecuencia en un beneficio para los pacientes.

## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

**RECURSOS HUMANOS:** Médicos adscritos y residentes del servicio y enfermera adscrita al servicio de Coloproctología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos quienes figurarán como autores del presente estudio

**RECURSOS MATERIALES:** Instrumental del servicio de Quirófano del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos.

**RECURSOS FINANCIEROS:** No se requieren estudios financieros para apoyar la realización del presente estudio.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MARZO	ABR-MAY	JUN –AGO	SEP-OCT	SEP-OCT
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	XXX				
RECOLECCIÓN DE DATOS	XXX	XXX	XXX	XXX	
ELABORACIÓN DE TABLAS DE PRESENTACIÓN				XXX	XXX
REDACCIÓN DE INFORME FINAL				XXX	XXX
CONCLUSIONES				XXX	XXX

## RESULTADOS

Se incluyeron para la realización de este estudio a 18 pacientes de los cuales eran 4 mujeres (22.2%), 14 hombres (77.7%) (Grafica 2). Con edad media de 44.2 años, rango (29-62) (Grafica 1), todos los pacientes presentaban fístulas transesfintericas de origen criptoglandular. Cinco pacientes contaban con antecedente de cirugía anal previa, antes de ser referidos a nuestro hospital (2 de fisurectomía previa, 2 de fistulectomía previa, 1 de hemorroidectomía con engrapadora).

La cirugía en todos los pacientes se realizó sin ninguna complicación, ni incidentes. El tiempo quirúrgico promedio fue de 40 minutos (con un rango de 30 a 60 minutos). Todos los pacientes se egresaron a su casa sin mayor contratiempo y se les dio control posterior por consulta externa.

Los pacientes han tenido a la fecha un seguimiento promedio de 6 meses (rango de 2 a 10 meses).

A la primer semana, la gran mayoría de los pacientes (89%), refirió dolor de leve a moderado controlándose con analgésicos vía oral, así como la presencia de secreción serohemática a través del orificio externo de la herida quirúrgica.

Dos pacientes presentaron una evolución inusual, el primero de ellos presentó dehiscencia de la mucosa a nivel del huso interno, desarrollando una comunicación hacia el orificio externo (recidiva de la fístula). Siendo necesaria la realización de una fistulotomía, bajo anestesia local en consultorio, teniendo una evolución satisfactoria a partir de ese momento.

La otra paciente femenina curso con alteración de la cicatrización, permaneciendo con el orificio interno y toda la herida interna cerrada, sin embargo la herida externa presentó falta de cicatrización, con mal tejido de granulación. El reporte de histopatología de la pieza quirúrgica de esta paciente, demostró *Micobacterium tuberculosis*, siendo tratada por el departamento de infectología con antifímicos con evolución lenta hacia la mejoría en las semanas posteriores, encontrándose cicatrizada actualmente.

Los 16 pacientes restante tuvieron una cicatrización total tanto de la herida interna, como de todo el trayecto en un promedio de 3 semanas (rango de 2 a 5 semanas). Ninguno de estos pacientes presentó complicación alguna ni curso con alteraciones en la continencia.

La primer cirugía de este tipo se realizó en abril del 2002 y la última cirugía se realizó en agosto del 2003, 17 de los pacientes se encuentra totalmente cicatrizados, sin recidiva aparente al cabo de un seguimiento promedio de 6 meses, el paciente restante presentó persistencia de la fístula evidente en la primera consulta postoperatoria, resuelta mediante fistulotomía en consultorio; obteniéndose un índice de éxito de 94.5% y de recidiva de 5.5% (Grafica 3).

## DISCUSIÓN

El principal objetivo del tratamiento de una fistula transesfinterica es la erradicación de esta, así como la preservación lo más posible de la función y anatomía del conducto anal. En pacientes con fístulas sencillas esto puede cumplirse con la simple realización de una fistulotomía, que aunque afecta poco la anatomía los resultados posquirúrgicos son bastante satisfactorios. Sin embargo las fístulas complicadas ya son un problema para todo aquel cirujano que opere este tipo de patología. Debido a la gran diversidad de opciones quirúrgicas y las implicaciones que tienen cada una. Por ejemplo la realización de una fistulotomía implica incontinencia en 30 a 50% de los pacientes (2,3), así como recidiva en 1.8% (5)

El uso de setón, con el propósito de disminuir la severidad del daño del esfínter, esta asociado con un 17 a 39% de incontinencia y una recurrencia variable del 2 al 15% (6,7,8,9, 10, 11)

Describiéndose también técnicas de realización de fistulostomía con plastia anal, la cual puede concluir incluso con la realización de colostomía (12)

Con el fin de buscar mejores alternativas para estos pacientes, se desarrollaron otras técnicas preservadoras del esfínter, con realización de fistulectomía y algún tipo de colgajo anal ya sea descenso, ascenso o rotación, con cierre previo del orificio interno. Prácticamente sin lesión del esfínter, debido a que no hay corte del esfínter anal la continencia no se ve afectada, sin tener que realizar un estoma de protección.

El presente estudio presenta una serie de 18 pacientes a los cuales se les realizo una técnica mas simplificada, entre en marzo del 2002 y agosto del 2003, sin complicaciones inherentes a la técnica, más rápida, egresándose una vez recuperados de la anestesia y con seguimiento por consulta externa, con un índice de éxito del 94.5%, y de recidiva del 5.5%, sin afectación de la continencia., a un tiempo de seguimiento promedio de 6 meses, sin embargo hay que recordar que hay pacientes que todavía no cumplen un año de seguimiento, que es el tiempo promedio ideal para valorar las recidivas; por lo que será necesario tener un seguimiento mas prolongado de todos los pacientes, así como aumentar el número de pacientes para determinar en un futuro su lugar.

## **CONCLUSIÓN**

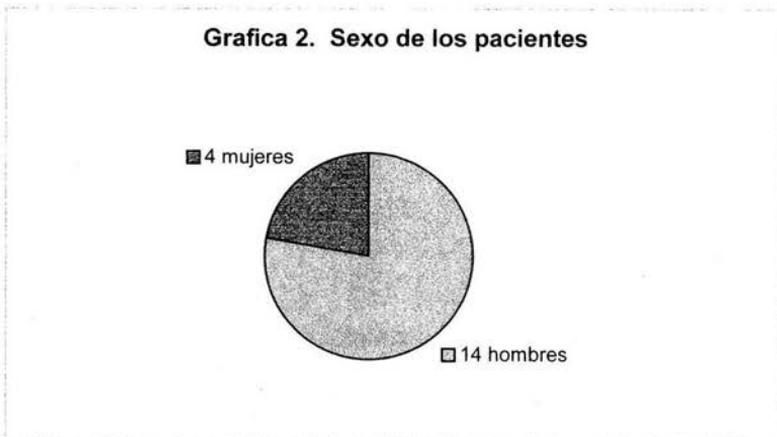
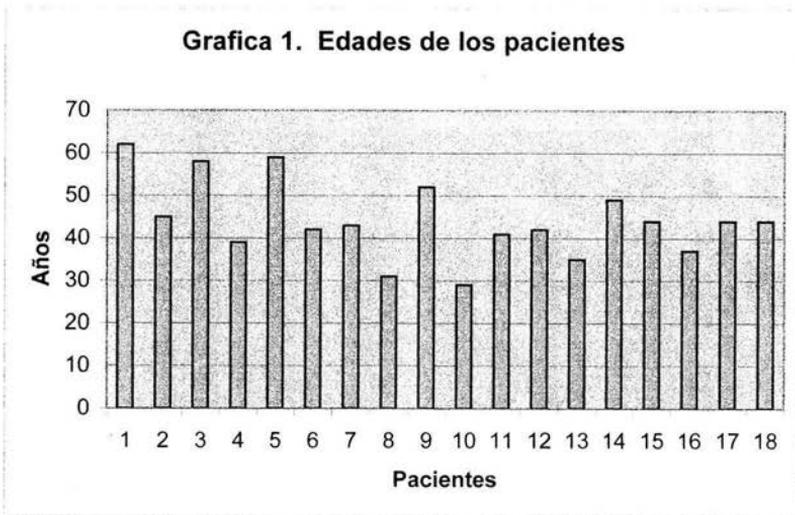
El presente estudio muestra que esta técnica es una nueva opción para el manejo de fistulas transesfintéricas con trayecto bien organizado, ya que hasta el momento muestra excelentes resultados, con una recuperación más rápida, sin alteración de la continencia y con índice de recidiva bajo. Sin embargo es necesario continuar con el protocolo, aumentando el número de pacientes y el tiempo de seguimiento para poder darle una validez estadística.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dong W, Tetsuo Y, Junichi I. **Long-Term results and quality of life outcomes in patients with transsphincteric fistulas after muscle-filling procedure** . Disease of colon Rectum 2002;45:1011-5
2. Lunniss Pj, Kamm MA, Phillips RK. **Factors affecting continence after surgery for anal fistula**. Br J Surg 1994;81:1382-5
3. van Tets WF, Kuijpers HC. **Continence disorders after anal fistulotomy**. Dis Colon Rectum 1994;37:1194-7.
4. Lockhart-Muminary HE, **Symposium: Anorectal problems. Treatment of abscess**. Dis Colon Rectum 18:650-651, 1975
5. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. **Perianal abscesses and fistulas**. Dis Colon Rectum 27:593-594, 1984
6. Parks AG, Stitz RW. **The treatment of high fistula-in-ano**. Disease of Colon Rectum 1976; 19:487-99
7. van Tets WF, Kuijpers HC. **Continence disorders after anal fistulotomy**. Dis Colon Rectum 1994;37:1194-7
8. Graf W, Pahlman L, Ejerblad S. **Functional results after seton treatment of high transsphincteric anal fistulas**. Eur J Surg 1995;161:289-91
9. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Goldberg SM, Madoff RD, **Anal fistula surgery: factors associated with recurrence and incontinence**. Dis Colon Rectum 1996;39:723-9
10. Williams JG, MacLeod CA, Rothenberger DA, Goldberg SM. **Seton treatment of high anal fistula**. Br J Surg 1991;78:1159-61

11. Pearl RK, Andrews JR, Orsay CP, et al. **Role of the seton in the management of anorectal fistulas.** Dis Colon Rectum 1993;36:573-9
12. Corman M.L. **Colon and Rectal Surgery** 4<sup>a</sup> Ed. J.P. Lippincott Company 1998
13. Aguilar PS, Plascencia G, Ardí TG, Jr., Hartmann RF, Stewart WR. **Mucosal advancement in the treatment of anal fistulas.** Dis Colon Rectum 1985;28:496-8
14. Kodner IJ, Mazor A, Shemesh EI, Fry RD, Fishman JW, Birnbaum EH. **Endorectal advancement flap repair of rectovaginal and other complicated anorectal fistulas.** Surgery 1993;114:682-90
15. Ortiz H, Marzo J. **Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high trans-sphincteric and suprasphincteric fistulas** Br J Surg 2000;87:1680-3
16. Noble GH. **New operation for complete laceration of the perineum designed for the purpose of eliminating danger of infection from the rectum.** Trans Am Gynecol Soc 1902;27:363
17. Elting AW. **The treatment of fistulas in ano with special reference to the Whitehead operation.** Ann Surg 1912;56:744-52
18. Fazio VW, Jones IT, Jagelman DG, Weakley FL. **Rectourethral fistulas in Crohn's disease.** Surg Gynecol Obstet 1987;169:148-50
19. Parks AG, Motson RW. **Perianal repair of rectoprostatic fistula.** Br J Surg 1983;70:725-6
20. Laird DR. **Procedures used in the treatment of complicated fistulas.** Am J Surg 1948;76:701-8

**Anexos.**



## Tecnic quirurgica

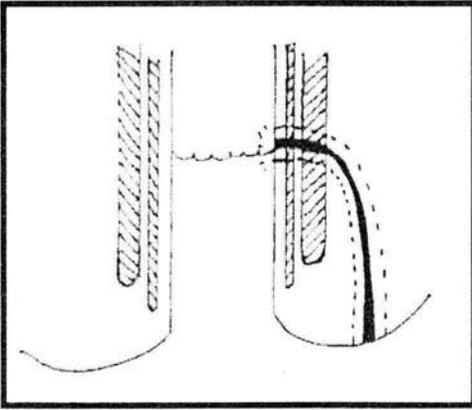


Figura 1. Identificación perfecta del trayecto fistuloso con ayuda de agua oxigenada.

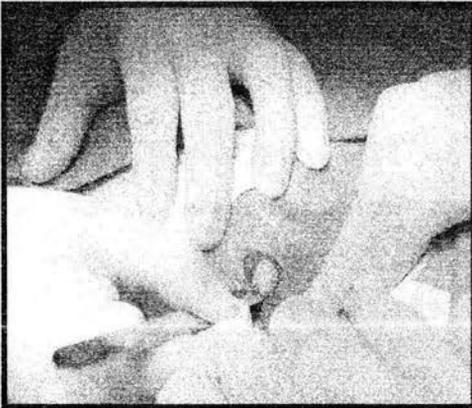


Figura 2. Incisión en huso alrededor del orificio externo

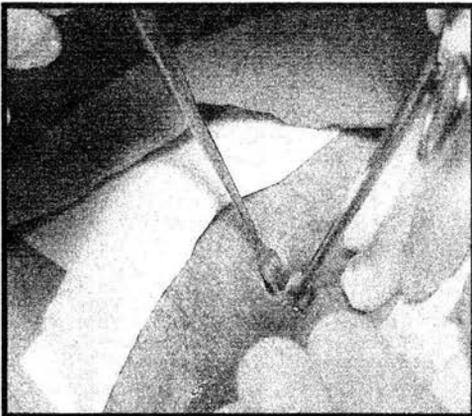


Figura 3. Inicio de la disección del trayecto fistuloso

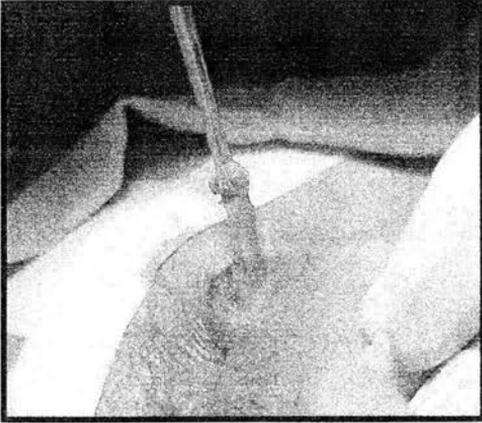


Figura 4. Disección de todo el trayecto fistuloso

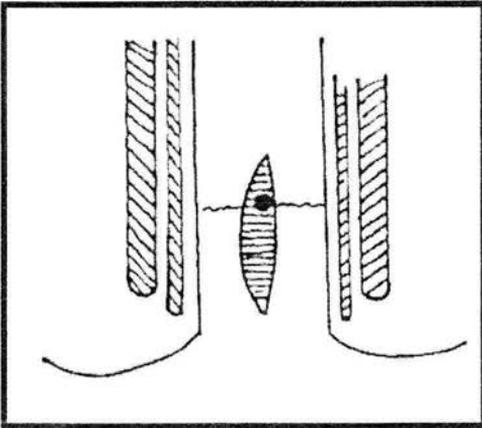


Figura 5. A nivel del orificio primario se corta en huso la mucosa

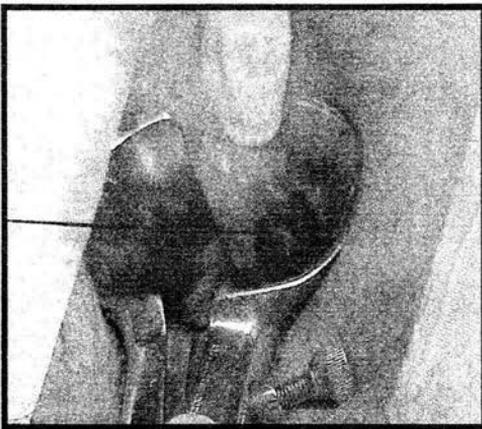


Figura 6. Se cierra con puntos simples el orificio primario a nivel del esfínter.

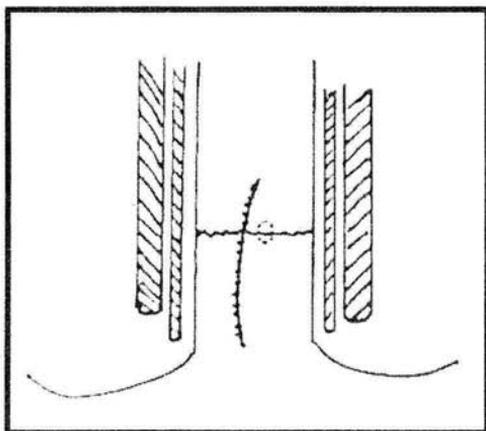
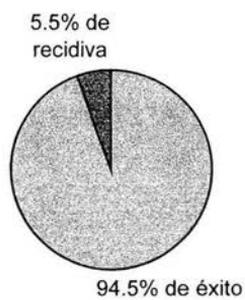


Figura 7. Se cierra la mucosa cubriendo con un borde del huso de mucosa el sitio donde se encuentra el cierre del orificio prim de la fistula



Figura 8. El orificio externo se deja abierto para función de drenaje

**Grafica 3. Resultado del procedimiento**



Un especial agradecimiento a mi amigo Cesar Cruz por todo su apoyo para la realización de este trabajo