

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

**“INCIDENCIA DE INCONTINENCIA Y RECURRENCIA EN EL  
MANEJO QUIRÚRGICO DE FISTULAS ANALES  
TRANSESFINTERIANAS MEDIANTE FISTULECTOMIA EN EL  
HOSPITAL REGIONAL GABRIEL MANCERA”.**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE**

**CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTA**

***DR. JOSE MANUEL AGUILAR PRIEGO***  
**SEDE: SERVICIO GASTROCIRUGIA, HECMNSXXI, IMSS.**

**ASESORES**

**DR. MARIO ZAVALA GONZALEZ  
DR. GILBERTO GUZMÁN VALDIVIA.**

**MEXICO D.F.**

**2007**



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.

---

DOCTOR  
**DIANA MÉNEZ DÍAZ**  
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS

---

DOCTOR  
**ROBERTO BLANCO BENAVIDES**  
PROFESOR DEL CURSO  
JEFE DE SERVICIO GASTROCIRUGIA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SXXI IMSS

---

DOCTOR  
**MARIO ZAVALA GONZALEZ**  
ASESOR CLINICO  
SERVICIO COLON Y RECTO  
HGR 1 GABRIEL MANCERA

---

DOCTOR  
**GILBERTO GUZMAN VALDIVIA**  
ASESOR METODOLOGICO  
SERVICIO CIRUGIA GENERAL  
HGR 1 GABRIEL MANCERA



**GANADORA DEL  
PREMIO IMSS  
CALIDAD  
2004**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 1 "GABRIEL MANCERA"  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

México, D. F. 06 de febrero de 2007

**DICTAMEN DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN**

**DR. GILBERTO GUZMAN VALDIVIA  
PRESENTE**

**AT'N: DR. JOSE MANUEL AGUILAR PRIEGO  
INVESTIGADO ADJUNTO**

Por medio del presente informo a Usted, que el Comité Local de Investigación, habiéndose reunido en sesión ordinaria, en el cual se sometió a revisión el protocolo:

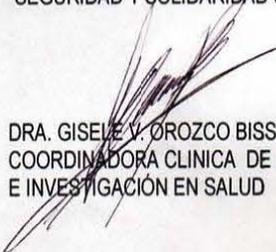
**"PREVALENCIA DE INCONTINENCIA Y RECURRENCIA EN EL MANEJO QUIRURGICO DE FISTULA ANALES TRANSESFINTERIANAS MEDIANTE FISTULECTOMIA EN EL HOSPITAL GABRIEL MANCERA"**

Emito el siguiente dictamen: **ACEPTADO**

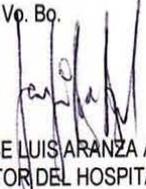
Numero del registro local: **39 /03**

Sin más por el momento reciba un saludo.

**ATENTAMENTE  
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"**

  
**DRA. GISELE V. OROZCO BISSON  
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Vp. Bo.

  
**DR. JOSE LUIS ARANZA AGUILAR  
DIRECTOR DEL HOSPITAL**

JNR/GOB/ heo

Gracias a Dios por darme la vida.....

A mis padres por su amor, entusiasmo y orgullo.....

A Angélica mi amor y apoyo incondicional.....

A Marifer y Andrea mi alegría de cada día.....

A un gran hombre Dr. Blanco Benavides.....

A mis maestros por su enseñanza .....

A los pacientes por su confianza.....

## INDICE

I	RESUMEN	6
II	DATOS	7
III	INTRODUCCION	8
IV	ANTECEDENTES	10
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
VI	OBJETIVOS	15
VII	MATERIAL LY METODOS	16
VIII	RESULTADOS	17
IX	DISCUSION	25
X	CONCLUSIONES	27
XI	REFERENCIAS	29
XII	ANEXOS	31

## RESUMEN.-

**OBJETIVO.** Establecer la incidencia de complicaciones (incontinencia fecal y recurrencia), posteriores al manejo quirúrgico de fístulas transesfinterianas con fistulectomía.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó una encuesta descriptiva en el Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, entre Enero del 2001 a Diciembre del 2005. Se estudiaron 49 casos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de fístula perianal transesfinteriana sometidos a fistulectomía. Se excluyeron aquellos que no se llevó control adecuado por consulta externa, con enfermedad de Crohn, carcinoma rectal o tuberculosis rectal. Las variables fueron incontinencia, recurrencia, edad, sexo, cirugía anal previa, drenaje de absceso y localización de la fístula.

**RESULTADOS.** De los 49 casos con fistulectomía, el grupo de 37 a 46 años fue el más numeroso (36.7%). La media fue  $44.1 \pm 10.80$ . La mayoría fueron hombres (83.7%). La cirugía anal previa se estableció en el 20.4% y la localización de la fístula fue posterior en el 55.1%. Hubo drenaje espontáneo del absceso en el 61.2%. La incidencia de incontinencia fecal fue 0.0%, de recurrencia 10.2%. De los 5 casos con recurrencia, la edad promedio fue 42.8, el 80% fue masculino, el 100% presentó cirugía anal previa, la fístula anterior se presentó en el 60% y el drenaje espontáneo en 80%.

**CONCLUSIONES.** Las complicaciones posteriores a fistulectomía fueron aceptables, la incidencia de incontinencia fue nula y la recurrencia se encontró dentro de cifras reportadas a nivel internacional. La práctica de fistulectomía en fístulas anales transesfinterianas es recomendable. La capacidad del especialista para identificar el tipo y localización de la fístula es trascendental.

DATOS:

ALUMNO:

NOMBRE: Aguilar Priego José Manuel  
TELEFONO: (222) 2-64-42-82  
UNIVERSIDAD: Universidad Nacional Autónoma de México  
AREA: Estudios de Posgrado  
ESPECIALIDAD: Cirugía General  
NUMERO DE CUENTA: 500094718

ASESORES:

CLINICO:

Zavala González Mario  
Cirujano Colon y recto  
Hospital general regional 1, Gabriel Mancera IMSS

METODOLOGICO:

Guzmán Valdivia Gilberto  
Cirujano General  
Hospital general regional 1, Gabriel Mancera IMSS

TESIS:

INCIDENCIA DE INCONTINENCIA Y RECURRENCIA EN EL  
MANEJO QUIRÚRGICO DE FISTULAS ANALES  
TRANSESFINTERIANAS MEDIANTE FISTULECTOMIA EN EL  
HOSPITAL REGIONAL GABRIEL MANCERA

p.32  
2007

## **INTRODUCCION.-**

En general, una fístula anal es la fase crónica de un absceso perianal no cicatrizado.

Las fístulas rectoperineales son los procesos patológicos que comunican la región rectoanal con tejidos perineales y representan el 10% de todas las consultas proctológicas. Dentro de las fístulas perianales están las transefinterianas, que pasan a través de ambos esfínteres antes de exteriorizarse a piel y representan el 20-25% de todas las fístulas perianales.

Los pacientes con fístula anal presentan muchas veces una historia previa de abscesos perianales, los cuales a su vez se drenan espontáneamente o requieren de drenaje quirúrgico por el médico especialista. La fístula anal es un problema quirúrgico y sólo se cura por medio de cirugía. Los antibióticos no son muy útiles y pueden someter al paciente a efectos colaterales y superinfección sin atacar el problema primario. El tratamiento quirúrgico se conoce como fistulectomía. El resultado de dicho tratamiento generalmente es bueno, aunque también se observan tasas de recurrencia que no deben dejar de considerarse, sobre todo cuando se trata de fístulas complejas, como lo son las transefinterianas y en estos casos la fistulectomía puede tener un riesgo particular de incontinencia fecal.

Los criterios para determinar los puntos de falla en la cirugía de fístula anal son recurrencia, falla en la cicatrización e incontinencia fecal. Por una parte, la causa más frecuente de recurrencia es la falta de habilidad del cirujano en identificar el orificio interno y resección del trayecto fistuloso, de ahí la importancia de realizar esta investigación. Por otra parte, muchos abscesos anales después de su tratamiento recurren o forman la fase crónica de la enfermedad, que es la fístula anal.

La continencia fecal es una función muy compleja y depende de una serie de respuestas a estímulos del colon, recto y ano. La incontinencia fecal se refiere a la pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materia fecal. Representa un serio problema que invalida física y socialmente al enfermo. El paciente con incontinencia puede experimentar aislamiento social, incomodidad y baja estima, disfunción sexual además de síntomas físicos de infecciones genitourinarias recurrentes y trastornos cutáneos perianales. Dentro de todos los aspectos a considerar para la identificación de esta eventualidad se debe establecer si el paciente fue sometido previamente a cirugía anorrectal, anastomosis colorrectal o coloanal.

Así, el presente trabajo se propuso establecer la incidencia de recurrencia e incontinencia fecal posteriores al manejo quirúrgico de fístulas

transesfinterianas con fistulectomía, identificando además la edad, sexo, cirugía anal previa, drenaje de absceso y localización de la fístula, como aspectos comunes presentes en este tipo de casos.

## **ANTECEDENTES.-**

La fístula anal es una condición que ha sido descrita desde el principio de la historia de la Medicina. Hipócrates 430 DC, sugirió que la enfermedad era causada por contusiones provocadas montando a caballo. Fue el primero en utilizar una cerda en su tratamiento (1).

Se denominan fístulas rectoperineales los procesos patológicos que comunican la región rectoanal con tejidos perianales. Las fístulas nacen de las criptas de Morgagni. Generalmente tienen el antecedente de un absceso perianal, que dio o no síntomas evidentes. Las fístulas poseen habitualmente un orificio interno llamado "primario", con asiento en dichas criptas, y otro "secundario" en la piel perianal u órganos vecinos. Corresponden a 10% del total de las consultas proctológicas y su edad promedio de aparición es de los 20 a 40 años. (2)

Los síntomas más frecuentes referidos por los pacientes son tumefacción, dolor y descarga fecal-mucosa, que generalmente se presentan posterior a que el absceso perianal ha cerrado. (1).

Se han utilizado una gran variedad de parámetros para identificar clínicamente el orificio interno y el trayecto fistuloso, los principios básicos se encuentran descritos en la regla aplicada por Goodsall.(3). La cual menciona que teniendo al paciente en posición de navaja sevillana, trazando una línea imaginaria transversal que cruza el ano en su mitad, cuando el orificio externo se abre anterior a dicha línea transversal que atraviesa el ano, el orificio interno tiende a estar localizado en forma radial. Si lo hace en el plano posterior a dicha línea, usualmente se localiza posterior.

Se han realizado diversidad de clasificaciones en relación con las fístulas perianales, Parks y colaboradores realizaron en 1976 la mas completa pero a la vez compleja de todas.(4). La mayoría de los autores las han dividido como sigue:(1)

- Fístula submucosa: A opinión de varios autores, mal nombrada y no es tomada en cuenta en la clasificación descrita por Parks.
- Fístula interesfinteriana: la cual atraviesa el esfínter interno y pasa por el plano interesfinterico para alcanzar la piel . Representa el 55 al 75% del total.
- Fístula transesfintérica: pasa a través de ambos esfínteres antes de exteriorizarse a piel. Representa el 20-25%.
- Fístula supraesfinteriana: su prevalencia es rara, 1 a 3%, se inicia en el plano interesfinterico y termina en la fosa isquiorectal.
- Fístula extraesfinteriana: se origina en el músculo elevador interno y pasa en forma completa ambos esfínteres. Usualmente es consecuencia de trauma, enfermedad de Crohn, enfermedad inflamatoria pélvica. Representa 2 al 3 %.

Para fines prácticos se han descrito los términos SIMPLE y COMPLEJO para describir las fístulas perianales, estos, están basados en la dificultad para su tratamiento. Las fístulas simples se denominan aquellas superficiales o interesfinterianas. Las fístulas complejas, son aquellas que tienen trayectos largos, son transefinterianas y en estos casos la fistulotomía puede tener un riesgo particular de incontinencia.(5)

Para el diagnóstico de la fístulas la herramienta más importante es un buen examen clínico. Se pueden realizar algunos estudios de gabinete para su completa clasificación, valoración del trayecto y planear su tratamiento. En el pasado se utilizaba la fistulografía, procedimiento el cual se ha abandonado debido a que los trayectos agudos pueden no tener un lumen adecuado para el paso del medio de contraste, y es difícil valorar el trayecto en relación con los esfínteres y el músculo elevador del ano.(5). Recientemente la imagenología ha tomado un papel importante en la evaluación preoperatoria de las fístulas perianales, realizándose estudios como endosonografía e imagen por resonancia magnética(IRM). La endosonografía aun no ha demostrado superioridad sobre un examen clínico acucioso, y es superior la utilidad de la IRM, sobre todo en fístulas transefinterianas.(6). La IRM ha demostrado ser un excelente método para valorar la región perianal, mostrando en forma detallada la relación de los trayectos fistulosos con los esfínteres, el diafragma pélvico, fosa isquiorectal, teniendo implicaciones importantes en la toma de decisiones para el tratamiento. Morris y colaboradores describieron una clasificación de las fístulas perianales por IRM, dividiéndolas en 5 grados: (7).

- Grados 1 y 2: fístula la cual no afecta la fosa isquiorectal y esta limitada al complejo esfinteriano. (interesfinterianas).
- Grados 3 y 4: involucra la fosa isquiorectal o isquioanal. (transefinterianas o supraesfinterianas).
- Grado 5: trayecto a través del músculo elevador.

El manejo quirúrgico es el único camino para el tratamiento de las fístulas perianales, y el que mejor se ajusta al conocimiento etiológico de la enfermedad. A grandes rasgos el tratamiento quirúrgico se puede dividir en dos tipos de procedimientos: los que extirpan el trayecto fistuloso (fistulectomía) y los que no lo hacen (fistulotomía). Dentro de cada uno de ellos se admiten variantes según el trato que reservan a la lámina esfinteriana que atraviesan.(2). Un punto de controversia se ha suscitado en relación a cual procedimiento realizar, fistulectomía vs. fistulotomía, basados en estudios que demostraron rangos de recurrencia y complicación equiparables.(1). Un estudio realizado por Ortiz y colaboradores en Pamplona, demostró la utilidad de fistulectomía y avance de mucosa en el tratamiento de fístulas altas trans y supraesfinterianas con buenos resultados en términos de recurrencia e incontinencia, siendo estos en conjunto del 8%.(8).

Un estudio realizado en Reino Unido valoró la utilidad del cierre del trayecto fistuloso con pegamento de fibrina vs. tratamiento con fistulectomía, no demostrando la utilidad sobre este último en fístulas simples y equiparable en fístulas complejas, con el inconveniente del alto costo. (9)

Es difícil interpretar los resultados en el tratamiento de fístulas anales ya que mucho depende de la técnica empleada por el cirujano, la experiencia del mismo, el tipo de fístula encontrada y la etiología de la misma. Estas variables no se ha definido en forma clara en las publicaciones encontradas. Los tres criterios primarios para determinar los puntos de falla en cirugía de fístula anal son los siguientes: RECURRENCIA, FALLA EN LA CICATRIZACION (DEHISCENCIA), INCONTINENCIA.

Se pueden realizar algunas generalizaciones interpretando los resultados publicados en relación a la incidencia de complicaciones en el tratamiento de fístulas anales:

- La fístula más compleja, el orificio interno mas amplio.
- La sección mayor del esfínter, conllevan una cicatrización retardada y un índice mas alto de recurrencia y alto riesgo de incontinencia fecal,

La causa mas frecuente de recurrencia sin embargo es la falta de habilidad del cirujano en identificar en forma adecuada el orificio interno y resección del trayecto fistuloso.

Varias publicaciones han tratado sobre la evaluación manométrica y la función ano-rectal posterior a cirugía de fístula. La conclusión en la mayoría de ellas ha sido que el error consiste en la falla en la preservación de las fibras del esfínter disminuyendo las presiones en el canal anal.

Como se ha mencionado, los resultados de la cirugía para la fístula anal son difíciles de interpretar, la mayoría de los estudios son retrospectivos y reflejan la preferencia del autor en cuanto al manejo. A pesar de que la mayoría de estas series incorporan cientos de pacientes no existe consenso en cuanto al tratamiento estándar. La recurrencia varía del 4 al 10% debiéndose la mayoría a falla en la identificación adecuada del orificio interno. Ciertamente los pacientes con orificio interno extenso, posterior, son en aquellos en los que se incrementa el riesgo de complicaciones. En la experiencia de grupos de la universidad de Minnesota los factores asociados con la recurrencia son: fístula complejas, fístula en herradura, falla en la localización del trayecto y orificio fistuloso, capacidad del cirujano. (10)

Además de la recurrencia existe otra complicación común que es la incontinencia que se ha reportado en algunas series tan baja como 5% pero en otras de hasta 50%. La fisiología rectal e incontinencia postoperatoria. (11)

En un estudio realizado por García y Aguilar sobre manejo de fístulas perianales con fistulotomía, encontraron porcentajes de recurrencia del 8% y de incontinencia del 45%; siendo factores asociados a la recurrencia la presencia de fístulas complejas, extensión en herradura, y cirugía previa por fístula. Los factores relacionados con incontinencia fueron el sexo femenino, fístula anal alta y cirugía previa. (12).

Es una creencia frecuente que la fistulectomía tiene un porcentaje mayor de incontinencia que la fistulotomía. Solo existen dos estudios realizados al azar que evalúan ese aspecto. En el primero realizado por Knonborg, los porcentajes de recurrencia e incontinencia fueron equiparables. El segundo, llevado a cabo por Belmonte-Montes, toman en cuenta esos aspectos con el inconveniente que no presentaron los resultados en su publicación. (13)

Las fístulas complejas de ano son un reto que concierne al paciente y al cirujano debido a los altos índices de recurrencia e incontinencia postoperatoria. (14). No existe consenso sobre cual es la técnica que disminuye la incidencia de incontinencia y recurrencia en caso de fístulas complejas (15); en el Hospital Regional Gabriel Macera del IMSS se ha preferido en base a experiencia personal la realización de fistulectomía como tratamiento de fístulas anales en base a que existe evidencia de que ambos procedimientos son equiparables y presentan porcentaje de complicaciones similares pero menor incidencia de recurrencia, además de ser el procedimiento con el que se encuentra mas familiarizado el maestro asesor.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-**

En base a lo descrito en los antecedentes, no contamos con estudios que evalúen la incidencia de complicaciones posteriores al manejo quirúrgico de fístulas perianales tranesfinterianas mediante fistulectomía. Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

**¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES POSTERIORES A FISTULECTOMIA EN PACIENTES CON FÍSTULAS TRANSESFINTERICAS?**

## **OBJETIVOS.-**

- **Primario:** Establecer la incidencia de complicaciones posteriores al manejo quirúrgico de fístulas transesfintericas (recurrencia e incontinencia), con fistulectomía.
  
- **Secundario:** Observar cuales son las características del paciente que se relacionan con la aparición de las mismas.
  - Edad
  - Sexo
  - Cirugía anal previa
  - Drenaje de absceso
  - Localización de la fístula

## **MATERIAL, MÉTODOS Y PACIENTES.-**

La presente investigación se realizó en el Hospital Regional Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), entre Enero del 2001 a Diciembre del 2005. El tipo de estudio fue encuesta descriptiva y sus características fueron: observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo.

La población se obtuvo de pacientes que acudieron por presencia de fístulas transesfintéricas al servicio de colon y recto del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS en un periodo de 4 años y que recibieron manejo quirúrgico.

En relación a los criterios de selección, fueron incluidos pacientes mayores de 16 años de edad, pacientes de cualquier sexo, pacientes con diagnóstico confirmado de fístula perianal transesfinteriana, pacientes sometidos a cirugía tipo fistulectomía y pacientes con seguimiento postoperatorio. Se excluyeron de la investigación pacientes a los que no se les realizó su control o seguimiento por la consulta externa o si dicho control se continuó en otra unidad, pacientes sin expediente clínico, pacientes con enfermedad de Crohn, pacientes con carcinoma rectal y pacientes con tuberculosis rectal.

El muestreo fue determinístico, se estudió a todos los casos sin excepción y que cumplieron con nuestros criterios de selección. Los candidatos para el estudio fueron buscados en las hojas de registro de consulta externa y quirúrgicas del servicio de cirugía de colon y recto de la unidad, se obtuvo un total de 49 pacientes.

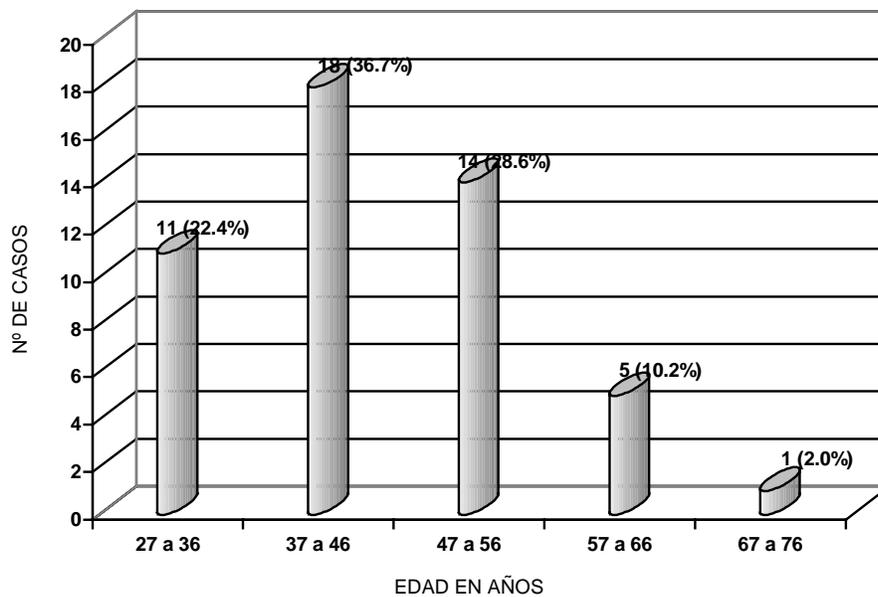
Las variables en estudio fueron: Incontinencia, recurrencia, edad, sexo, cirugía anal previa, drenaje de absceso y localización de la fístula.

Para el análisis estadístico de las variables se utilizó medidas de tendencia central: media, desviación estándar y mediana y se expresaron en gráficas de barra y pastel.

## RESULTADOS

En el presente estudio sobre incidencia de incontinencia y recurrencia en el manejo quirúrgico de fistulas anales transesfinterianas mediante fistulectomía, en el Hospital Regional Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social, se documentaron un total de 49 casos intervenidos quirúrgicamente, a los que se les pudo hacer seguimiento. Los resultados del estudio se muestran a continuación:

FIGURA 1: DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS PACIENTES CON FISTULECTOMÍA Y SEGUIMIENTO



Media: 44.31

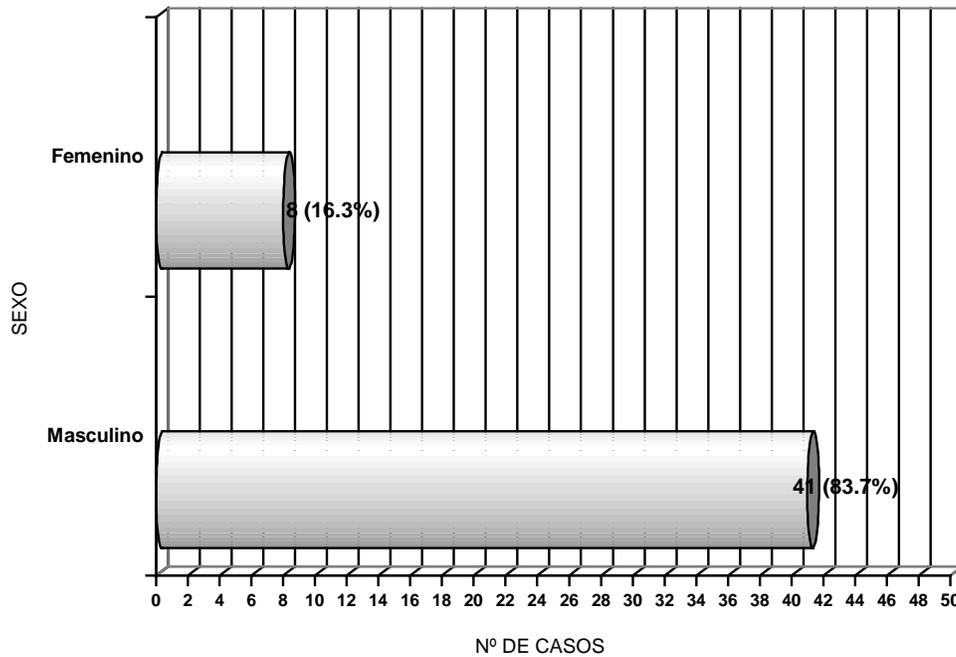
Desviación estándar:  $\pm 10.80$

Mediana: 44

En la presente figura de barras observamos que, de todos los pacientes fistulectomizados a los que se les dio seguimiento, la distribución por grupos de edad identificó un promedio general de 44.31 años  $\pm 10.80$ , siendo el grupo de 37 a 46 años el más frecuente, con 36.7% de los 49 casos en estudio.

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, 2001-2005.

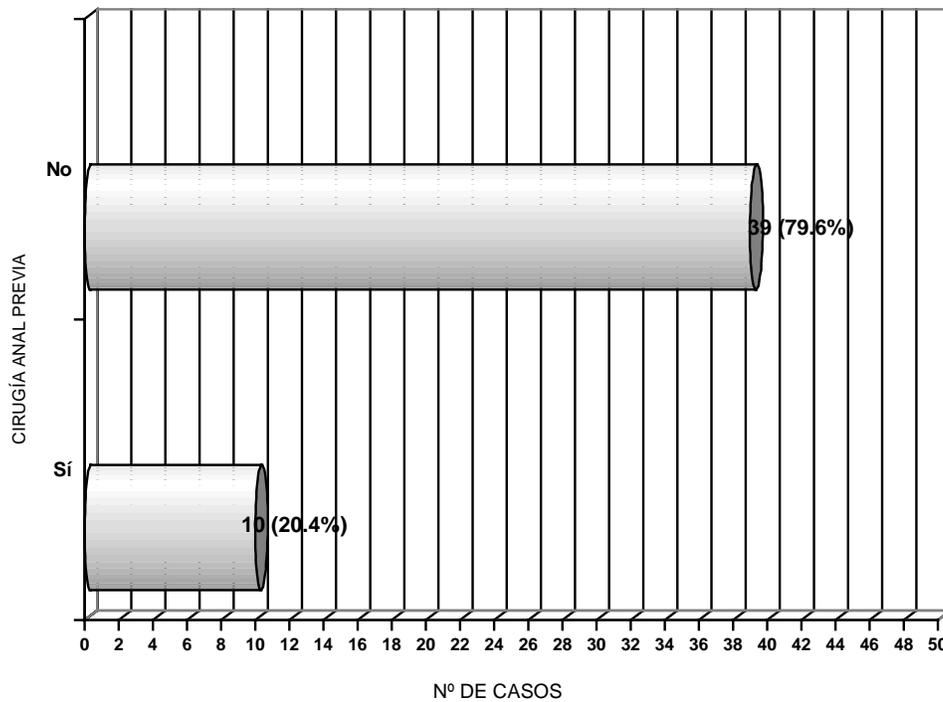
FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES CON FISTULECTOMÍA Y SEGUIMIENTO



Al estudiar el sexo al que perteneció el total de pacientes intervenidos quirúrgicamente y en seguimiento, se pudo observar que hubo preponderancia del género masculino, ya que se identificó en el 83.7% (41 pacientes) de los 49 casos totales.

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, 2001-2005.

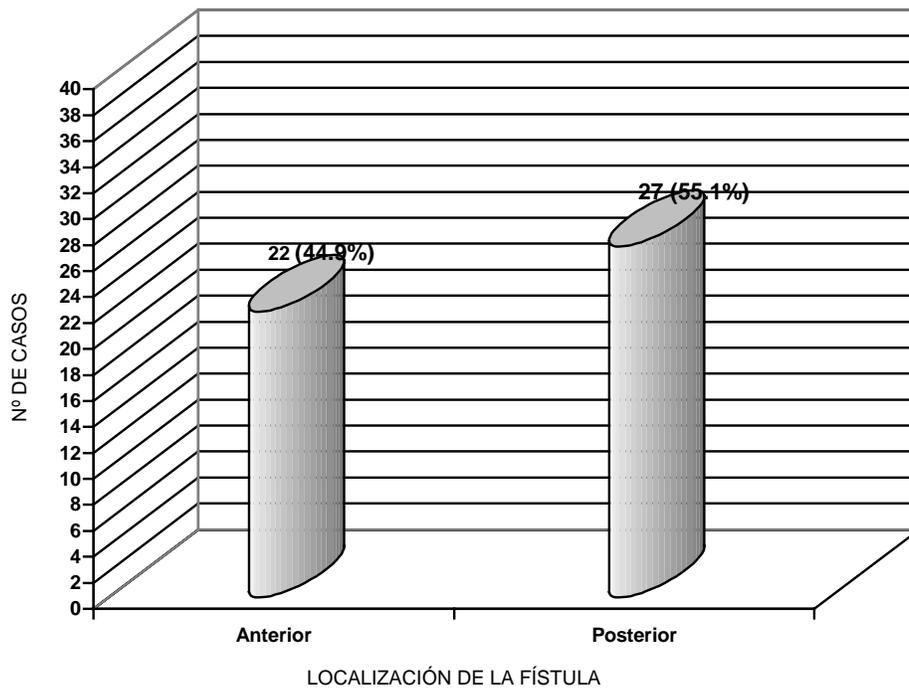
FIGURA 3: DISTRIBUCIÓN POR CIRUGÍA ANAL PREVIA EN LOS PACIENTES CON FISTULECTOMÍA Y SEGUIMIENTO



La identificación de una cirugía anal previa en los pacientes intervenidos por fistulectomía y en seguimiento mostró que la mayoría de ellos, es decir el 79.6% de los casos, no la presentaron.

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, 2001-2005.

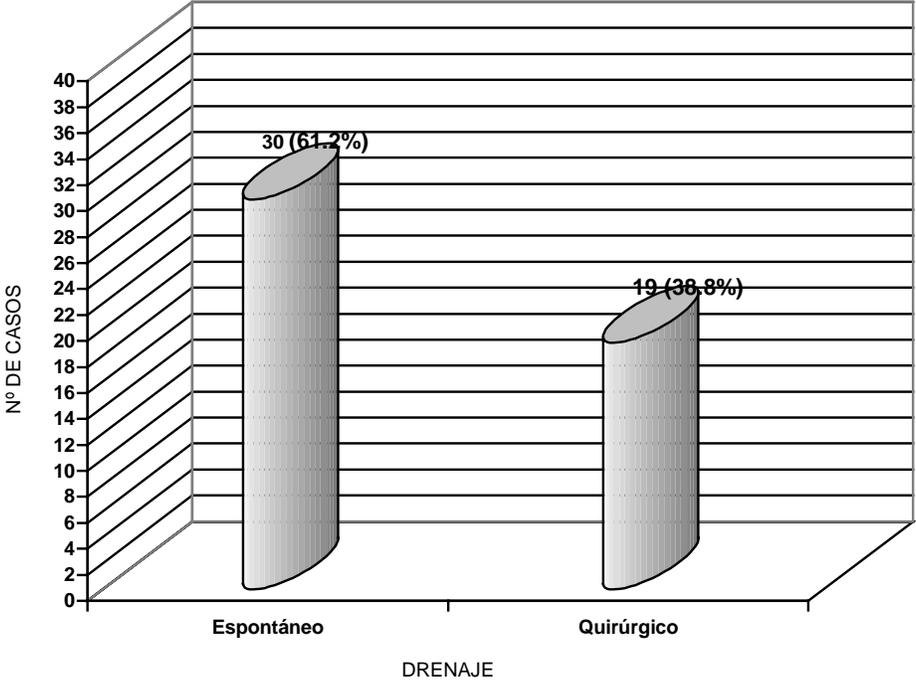
FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN POR LOCALIZACIÓN DE LA FÍSTULA EN LOS PACIENTES CON FISTULECTOMÍA Y SEGUIMIENTO



La localización de la fístula en los pacientes determinó que se observara una ventaja no muy marcada en la frecuencia de presentación posterior en relación a la presentación anterior (55.1% y 27 casos vs. 44.9% y 22 casos respectivamente).

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, 2001-2005.

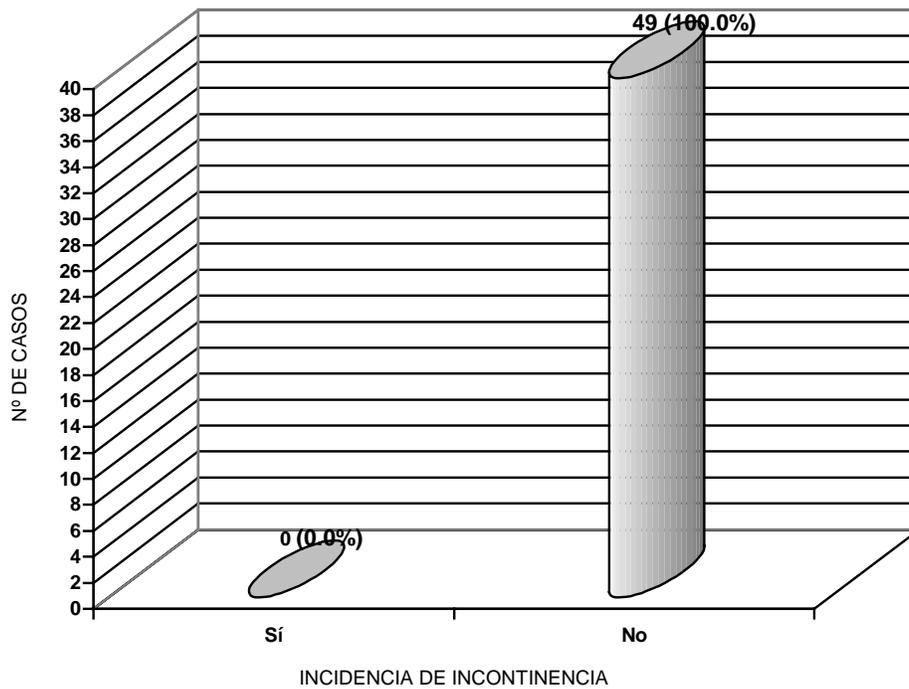
FIGURA 5: DISTRIBUCIÓN POR DRENAJE EN LOS PACIENTES CON FISTULECTOMÍA Y SEGUIMIENTO



En la presente figura se observa que el drenaje en la mayor parte de los pacientes intervenidos con fistulectomía y en seguimiento fue espontáneo, al representar el 61.2% (30 casos) del total de pacientes estudiados.

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, 2001-2005.

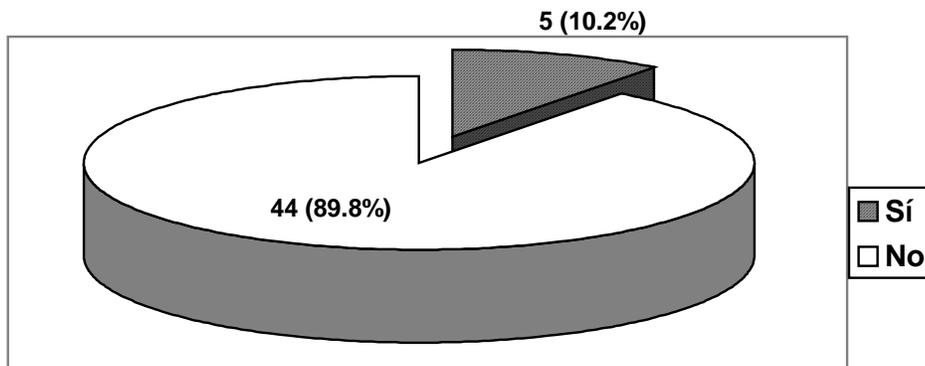
FIGURA 6: DISTRIBUCIÓN POR INCIDENCIA DE INCONTINENCIA EN PACIENTES CON FISTULECTOMÍA Y SEGUIMIENTO



Al observar esta distribución podemos darnos cuenta de que la incidencia de incontinencia fecal en los pacientes sometidos a fistulectomía y en seguimiento no se reportó, lo cual arroja un valor de 0.0%.

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, 2001-2005.

FIGURA 7: DISTRIBUCIÓN POR RECURRENCIA EN PACIENTES CON FISTULECTOMÍA Y SEGUIMIENTO



De la presente figura de pastel se concluye que sí se presentó recurrencia, la cual fue del 10.2% y correspondió a 5 pacientes. La gran mayoría no la presentó (89.8%).

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, 2001-2005.

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON RECURRENCIA**

N° total de casos	Edad (media)	Sexo (%)		Cirugía anal previa (%)		Localización de la fístula (%)		Drenaje	
		Masculino	Femenino	Si	No	Anterior	Posterior	Espontáneo	Quirúrgico
5	42.8	80%	20%	100.0%	0.0%	60.0%	40.0%	80.0%	20.0%

De acuerdo con la presente tabla, se identificaron las características de los únicos 5 pacientes que presentaron recurrencia. Así se observa que la edad se concentró en la cuarta década de la vida, la mayoría perteneció al sexo masculino, todos los casos reportaron cirugía anal previa, el 60% correspondió a localización anterior de la fístula y la mayoría de ellos presentó drenaje espontáneo.

FUENTE: Archivo clínico del Hospital Regional Gabriel Mancera, IMSS, 2001-2005.

## DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para establecer la incidencia de complicaciones posteriores al manejo quirúrgico de fístulas transesfintéricas (recurrencia e incontinencia), con fistulectomía. Previo a ello se realizó un seguimiento obteniéndose un total de 49 casos, los cuales fueron estudiados de acuerdo a varios aspectos propuestos en los objetivos de este trabajo.

El primer objetivo se relacionó con la edad de los casos, clasificándose por grupos etáreos a todos los pacientes postoperados a los que se les realizó seguimiento, siendo el grupo más numeroso el de 37 a 46 años, donde el promedio de edad fue de poco más de 44, es decir, una persona adulta en la cuarta década de la vida. El paciente más joven tuvo 27 años y el mayor 73. De acuerdo con referencias de la literatura médica documentadas en esta investigación, se destaca lo mencionado por Calzaretto y cols., (2), quienes sostienen que la edad promedio de aparición de fístulas rectoperineales es de los 20 a 40 años. Este dato no se relaciona del todo con nuestro resultado, ya que el promedio obtenido está por encima de esta cifra, incluso la desviación estándar de  $\pm 10.80$  nos indica que el rango promedio estaría entre 34 a 54 años.

Otro de los objetivos estudiados fue el sexo, donde el masculino fue prevalente, documentándose en casi el 84% de los casos. El único dato documentado en la literatura médica nos indica que un estudio realizado por García-Aguilar (12) explica que el sexo femenino se relaciona con incontinencia producto del manejo de fístulas perianales. Sin embargo, nuestro resultado contradice esta afirmación, aunque no se presentaron casos de incontinencia como se verá más adelante.

La cirugía anal previa también fue estudiada y el 20.4% si la refirió. El hecho de estudiar este aspecto se relaciona con lo reportado igualmente por García-Aguilar (12), quien en su trabajo sobre manejo de fístulas perianales indica que la cirugía previa fue uno de los factores relacionados con incontinencia.

Otro de los objetivos estudiados fue la localización de la fístula. Hubo casos tanto de localización anterior como posterior, aunque una cierta ventaja presentó esta última. La identificación del sitio es importante ya que es recomendada como un parámetro para identificar claramente el orificio interno y el trayecto fistuloso. (3) De acuerdo a Hyman (10), los pacientes con orificio interno extenso, posterior, son en los que se incrementa el riesgo de complicaciones, aunque esta aseveración no necesariamente coincide

con nuestros resultados obtenidos porque, a pesar de que la localización posterior fue más frecuente, los casos complicados, como se verá más adelante, en su mayoría presentaron localización anterior.

En relación al drenaje del absceso, en el 61.2% fue espontáneo. Los pacientes con fístula anal presentan muchas veces una historia previa de abscesos perianales, los cuales a su vez se drenan espontáneamente o requieren de drenaje quirúrgico por el médico especialista, de ahí su importancia.

Uno de los aspectos claves en el estudio fue la determinación de incontinencia fecal, la cual, afortunadamente no se presentó. Como es sabido, dentro de los criterios primarios para determinar los puntos de falla en la cirugía de fístula anal se encuentra la incontinencia.

Otro de los aspectos igualmente importantes fue la determinación de recurrencia, la cual fue establecida en el 10.2% de todos los casos intervenidos. La recurrencia es otro de los criterios primarios para determinar los puntos de falla en la cirugía de fístula anal. Se ha reportado que la causa más frecuente de recurrencia es la falta de habilidad del cirujano en identificar en forma adecuada el orificio interno y resección del trayecto fistuloso. Hyman (10) establece que la recurrencia varía del 4 al 10%, debiéndose la mayoría a falla en la identificación adecuada del orificio interno. Dicha cifra, tiene relación con nuestro resultado.

Si bien no se presentaron casos de incontinencia, se profundizó además el estudio sobre los casos de recurrencia, los cuales fueron 5 en total. Así, observamos que en ellos la edad media fue de 42.8 (cercana a la de la población total estudiada), por lo que dicho dato no se aleja de lo ya discutido previamente. En relación al sexo siguió la prevalencia del masculino con 80% de los casos, dato que igualmente contradice lo documentado en la literatura médica en párrafos anteriores. Todos los casos presentaron el antecedente de cirugía anal previa, lo cual reafirma la idea de que este aspecto es importante cuando se trata de diagnosticar la eventualidad y coincide con la literatura médica. La localización de la fístula fue anterior en el 60%, que contradice lo ya mencionado en nuestras referencias bibliográficas y el drenaje fue espontáneo en el 80% de los casos.

## CONCLUSIONES

1. Los casos estudiados por fistulectomía fueron 49.
2. La edad mostró una media de 44.1 años y una desviación estándar de  $\pm 10.80$ , siendo el grupo de 37 a 46 años el más numeroso, con 36.7% (18 casos).
3. El sexo más identificado fue el masculino, con 83.7% (41 casos).
4. La cirugía anal previa se presentó en el 20.4% (10 casos).
5. La localización de la fístula fue posterior en el 55.1% (27 casos) y anterior en 44.9% (22 casos).
6. El drenaje espontáneo se presentó en el 61.2% (30 casos).
7. De los 49 casos en seguimiento no se identificó incontinencia fecal (0.0%). Por otro lado, la recurrencia fue establecida en el 10.2% de los casos (5 pacientes).
8. Los 5 pacientes con recurrencia tuvieron un promedio de edad de 42.8, el 80% fue de sexo masculino (4 casos), el 100% presentó cirugía anal previa, la localización de la fístula fue anterior en el 60.0% (3 casos) y el drenaje espontáneo se observó en el 80% de casos (4 pacientes).
9. Se concluye que las complicaciones que generó la fistulectomía fueron aceptables, ya que la incidencia de incontinencia fue controlada exitosamente y la recurrencia se encontró dentro de las cifras reportadas en la literatura médica, lo que habla, en general, de un buen manejo quirúrgico en nuestro lugar de estudio.
10. Se recomienda al médico especialista la sospecha de esta eventualidad principalmente en personas de la cuarta década de la vida, de sexo masculino.
11. La cirugía anal previa se sugiere indicativa de la eventualidad.
12. La capacidad para identificar el tipo y localización de la fístula es trascendental en el médico especialista, ya que ello conlleva a la determinación adecuada del orificio interno y resección del trayecto fistuloso necesarios para un adecuado manejo quirúrgico, cuando se trata de fistulectomía, con presencia de mínimas complicaciones.

13. La práctica de fistulectomía en fístulas anales transesfinterianas es recomendable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corman M. Anal Fistula. Colon and Rectal Surgery, 4a. ed. Lippincott Williams & Wilkins; USA 1998; 11:238-269.
2. Calzaretto J, et al. Fistula perianal. Coloproctología práctica,1990.
3. Keighley, W. Surgery of the anus, rectum and colon. Saunders 1993. 12:378.
4. Parks, AG, et al.A classification of fistula in ano. BJS 1976;63:1.
5. Bartram C, Buchanan G. Imaging anal fistula. Radiologic Clinics of North America 2003; 41(2): 1-13.
6. Hussain,M,et al.Fistula in ano:endoanal sonography vs endoanal MR. Radiology 1996; 200:475-81.
7. Morris J. MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management. Radiographics 2000; 20(3):623-635.
8. Ortiz, H, et al.Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high-transesphincteric fistulas.BJS 2000;87:1680.
9. Lindsey I, Smilgin-Humphreys M, Cunningham, C, Mortensen, N, George B. A Randomized, Controlled Trial of Fibrin Glue vs. Conventional Treatment for Anal Fistula. Diseases of the Colon & Rectum 2002; 45(12):1608-1615.
10. Hyman N. Anorectal abcess and fistula. Primary Care 1999; 26(1): 69-80.
11. Congilosi S, Thorsen A. Fecal incontinence. Surg Clinics of North America 2002; 82(6): 1-17.
12. Garcia-Aguilar J. Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. Dis colon an rectum 1996; 39(7):723-729.
13. Nelson R. Anorectal abcess-fistula: what do we know?. Surg.Clinics of North America 2002; 82(6): 1-11.
14. Pérez et al. Fistulotomy with primary sphincter reconstruction reconstruction inb the management of complex fistula-in-ano: Prospective study of clinical and manometric results. J Am Coll Surg 2005; 200(6): 897- 903.

15. Pérez et al. Randomized clinical and manometric study of advancement flap vs fistulotomy with sphincter reconstruction in the management of complex fistula in ano. *Am J Surg* 2006;192: 34-40.

**ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.**

*Fecha:* .....

*Nombre del paciente:*  
.....

*Edad:* .....

*Sexo:* .....

*Cirugía anal previa: Si.....No.....Tipo?.....*

*Drenaje de absceso: Espontáneo.....*  
*Quirúrgico .....*

*Tiempo de evolución de la fístula en meses:* .....

*Fecha de la cirugía:* .....

*Localización de las fístulas: Anterior.....Posterior.....*

*Presencia de incontinencia fecal: Si ..... No .....*

*Recurrencia de la fístula: Si ..... No .....*

*Seguimiento adecuado en expediente clínico: Si ..... No.....*

ANEXO II

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.-**

Septiembre 2006.

Búsqueda de candidatos en registro de consulta externa del servicio de cirugía de colon y recto.

Septiembre 2006.

Llenado de hojas de recolección de datos de candidatos ya incluidos.

Octubre 2006.

Vaciamiento de datos.

Octubre 2006.

Análisis estadístico.

Noviembre 2006.

Impresión de preliminar y revisión.

Noviembre 2006.

Publicación de resultados.