



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO E
INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS DE CIRUGÍA ANORRECTAL EN
EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ
MATEOS, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS, DEL AÑO 2017-
2021.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:
MARVIN GÓMEZ MADRID

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD
COLOPROCTOLOGÍA

ASESOR DE TESIS:
DR. HÉCTOR NORMAN SOLARES SÁNCHEZ

NO. DE REGISTRO DE PROTOCOLO:
26.2022

CIUDAD DE MÉXICO, 2022



ISSSTE



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. ANDRÉS DAMIÁN NAVA CARRILLO
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN

DRA. ESTHER GUADALUPE GUEVARA
SANGINÉS
JEFE DE ENSEÑANZA MÉDICA

DRA. MARTHA EUNICE RODRÍGUEZ
ARELLANO
JEFE DE INVESTIGACIÓN

DR. HÉCTOR NORMAN SOLARES SÁNCHEZ
PROFESOR TITULAR
ASESOR DE TESIS

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Describir las complicaciones postoperatorias presentes en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugía anorrectal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en el servicio de Coloproctología (hombres y mujeres) del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos que fueron intervenidos quirúrgicamente de cirugía anorrectal de enero del 2017 a diciembre del 2021.

RESULTADOS: Se estudiaron 246 pacientes que fueron intervenidos de cirugía anorrectal con una edad promedio de 51.67 ± 11.64 años, de los cuales 89 (36.2%) son mujeres y 157 (63.8%) son hombres. El procedimiento más frecuentemente realizado fue la hemorroidectomía cerrada 99 (40.2%), seguidas de la fistulectomía 59 (24%), drenaje de absceso 35 (14.3%), fisurectomía + esfinterotomía lateral interna parcial izquierda (ELIPI) 30 (12.2%), fistulotomía 20 (8.1%), avance del colgajo endorrectal 3 (1.2%). La mayoría de los pacientes provienen de la zona urbana 215 (87.4%) y la escolaridad más frecuente es la preparatoria 78 (31.7%). Del total de pacientes se obtuvieron 57 (23.2%) complicaciones, de las cuales la más frecuente fue la incontinencia anal leve 27 (11%), seguida de retraso de la cicatrización 11 (4.6%), fístula anal 6 (2.4%), dolor excesivo 3 (1.2%), incontinencia anal moderada 3 (1.2%), colgajo cutáneo 3 (1.2%), recidiva 2 (0.8%) e impactación fecal 2 (0.8%). Ver gráfico 2 y 3. Solo 18 (31.57%) pacientes que presentaron alguna complicación tenían antecedente de cirugía proctológica. La comorbilidad asociada a los pacientes que presentaron alguna complicación, más frecuente, fue la hipertensión arterial en 8 (14.1%) pacientes. De los pacientes que presentaron alguna complicación la mayoría eran obesos 25 (43.9%), y la complicación más frecuentemente presentada en estos pacientes fue la incontinencia fecal leve 12 (44.4%). La mayoría de los pacientes que presentaron alguna complicación tenían al menos un antecedente de consumo de alcohol o tabaquismo 49 (84.2%). El diagnóstico más frecuente fue la enfermedad hemorroidal no complicada 65 (26.4%), seguida de la fístula anal simple 64 (26%), enfermedad hemorroidal complicada 34 (13.8%), fisura anal crónica 28 (11.5%), fístula anal compleja 18 (7.3%), absceso isquirrectal 14 (5.7%), absceso interesfintérico 13 (5.3%), absceso en herradura 4 (1.6%), fisura anal aguda 2 (0.8%), absceso perianal 2 (0.8%) y absceso supraelevador 2 (0.8%).

CONCLUSIONES: La cirugía anorrectal realizada con una adecuada técnica quirúrgica, con manejo cuidadoso del tejido anorrectal, con materiales quirúrgicos adecuados y la selección adecuada del procedimiento quirúrgico para la patología a tratar, aun así, no está exenta de complicaciones postoperatorias.

Se debe estudiar adecuadamente cada patología anorrectal a tratar, así como identificar los factores de riesgo previo a la realización de un procedimiento anorrectal, que nos pueden condicionar la incidencia de una complicación o el agravamiento de una condición preexistente.

El complejo esfinteriano debe ser manipulado con mucho cuidado, respetando la técnica quirúrgica, los planos de disección, evitando así cualquier exceso de resección o involucro del mismo que puede llegar a comprometer su función.

El manejo gentil, la sutura sin tensión, manipulación mínima, respeto de los planos de disección, hemostasia adecuada, disminución de la probabilidad de infección, son factores importantes para tener una buena cicatrización disminuyendo así el impacto en las complicaciones tempranas.

En el estudio y manejo perioperatorio de todo paciente con patología anorrectal es indispensable el adecuado tratamiento del dolor y una comunicación directa y asertiva con el equipo de trabajo, llámese médicos anestesiólogos, personal de enfermería, entre otros.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, como creador y sustentador de todo cuanto somos.

A mi familia, que siempre me ha apoyado en todos los proyectos emprendidos.

A mi esposa Aida, que ha sido mi motor para poder culminar esta etapa.

A todos los maestros, que nos han transmitido todo cuanto han podido y han transformado nuestras mentes y habilidades para el bien común, a ellos infinitas gracias...

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	7
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
III.	JUSTIFICACIÓN	10
IV.	OBJETIVOS	11
	4.1 Objetivo General	
	4.2 Objetivos específicos	
V.	HIPÓTESIS	12
	5.1 Hipótesis alterna	
	5.2 Hipótesis nula	
VI.	MATERIALES Y MÉTODOS	13
VII.	MARCO TEÓRICO	22
VIII.	RESULTADOS	33
IX.	DISCUSIÓN	40
X.	CONCLUSIONES	43
XI.	BIBLIOGRAFÍA	44

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad anorrectal es muy frecuente en la consulta médica de múltiples especialidades, la enfermedad hemorroidal, los abscesos anorrectoperineales, las fístulas perianales y la fisura anal afectan de manera importante la calidad de vida de las personas. La enfermedad hemorroidal y la fisura anal se pueden tratar medicamente de manera inicial, sin embargo, en muchos casos requieren manejo quirúrgico, mientras que los abscesos y la fístula anal son patologías eminentemente quirúrgicas. ⁽¹⁾

Las hemorroides son grupos normales de tejido vascular, conectivo, músculo liso y epitelio que existen proximal a la línea dentada en posición anterior derecha, lateral izquierda y posterior derecha y sirven en el mecanismo de la continencia. Se vuelven patológicas al ingurgitarse y presentar síntomas, se clasifican en internas si son proximales a la línea dentada y se subclasifican en 4 grados y las externas distales a la línea dentada que provienen de los plexos venosos subcutáneos. La etiología más aceptada es la disrupción del soporte de las hemorroides causando desplazamiento distal y dilatación venosa; las externas se vuelven sintomáticas cuando hay ruptura de los plexos venosos, resultando en un hematoma subcutáneo doloroso llamado trombosis hemorroidal externa. ^(1,2,3). El manejo quirúrgico, se basa en la escisión del tejido hemorroidal enfermo realizando una hemorroidectomía, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada se identifican las principales complicaciones como ser: retención urinaria hasta un 33%, sangrado en 5%, incontinencia fecal en 0-28%, estenosis anal se presenta como una complicación tardía en < 5%. La hemorroidectomía con engrapadora PPH se ha reportado presencia de tenesmo en 33% ^(1,8), sangrado en 0-29%, dolor excesivo de 0.6-6%, recurrencia de 2-8%, incontinencia fecal del 6%, estenosis anal del 1-7.5%.⁽¹⁾ Los abscesos perianales resultan comúnmente de una infección criptoglandular en el canal anal, hacia el espacio isquiorrectal, interesfintérico, supraelevador, perianal, y submucoso.

Los abscesos se pueden presentar junto a una fístula en un 30 a 70%, y aquellos abscesos que no recurren pueden desarrollar una fístula anal en un 30 a 50%. ⁽¹⁾. El tratamiento quirúrgico de elección es el drenaje adecuado de la colección purulenta y si se acompañan de una fístula se puede o no realizar simultáneamente la fistulotomía. Las principales complicaciones de este procedimiento es el desarrollo de una fístula anorrectoperineal en un 30-50%, la recurrencia del absceso en un 3-44%, pero si se realiza fistulotomía concomitantemente se puede reducir la recurrencia en un 83%, en menor grado se puede presentar sepsis, sangrado, retención urinaria, impactación fecal. ^(1,4)

La fístula anal se define como una comunicación anormal mediante un trayecto epitelizado entre el conducto anal y la piel perianal, que puede ser interesfintérica, transesfintérica, supraesfintérica o extraesfintérica. Pueden ser simples si su trayecto es inter o transesfintérica baja, o compromete menos del 30% de músculo esfínter anal externo; o pueden ser complejas si su trayecto es alto, compromete mayor porción del esfínter anal externo, de trayecto supraesfintérico o extraesfintérico y si está asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, radiación, malignidad, diarrea crónica, incontinencia. El 90% de estas tiene un origen criptoglandular.^(1,5) Es más común entre los 30-50 años. Se considera como el estado crónico de un absceso perianal.^(4,5) El tratamiento es quirúrgico, se puede realizar una fistulotomía la cual tiene tasas de éxito del 92-97%, pero puede presentar alteración en la continencia desde 0% hasta un 73% dependiendo de la complejidad de la fístula, con una recurrencia del 7%. También se puede realizar avance de colgajo endorrectal con éxito del 66-87%, con alteración de la continencia de un 7-38% y recurrencia del 13-56%.⁽¹⁾

La fisura anal es una solución de continuidad del epitelio de la mucosa anal, que se extiende de la línea dentada hacia el borde anal. Es la segunda patología anorrectal más común después de las hemorroides. Ocurre en todos los grupos de edad, pero es más común en jóvenes.⁽⁶⁾ Si persiste más de 4-6 semanas se considera crónica. La mayoría ocurre en la línea media posterior (90%), en la línea media anterior es más común en mujeres, de manera concomitante en línea media anterior y posterior un 3%. La fisura anal lateral debe hacer sospechar enfermedad inflamatoria intestinal, virus de inmunodeficiencia humana o sífilis. La fisura anal provoca dolor significativo e impacto importante en la calidad de vida del paciente. Se creía que su etiología era por el paso de heces duras o diarrea, pero esto solo explica las fisuras agudas, además el estreñimiento y las heces duras solo ocurren en un 13% de los pacientes; el tono aumentado y persistente del esfínter anal interno conduce a la cronicidad, esto provoca isquemia local e incapacidad de curación adecuada del anodermo. El tratamiento inicial consiste en disminuir el tono del esfínter anal interno y cuando esta falla, se debe tratar quirúrgicamente.^(1,6) La esfinterotomía lateral interna es el tratamiento quirúrgico de elección con tasas de curación del 88-100%, pero se asocia a complicaciones como la incontinencia fecal en 8-30%, en la mayoría de los casos siendo transitoria; recurrencia del 0-15%.⁽⁶⁾ La fisulectomía se ha asociado a recurrencia del 3% e incontinencia del 6%. Ambas se asocian a retención urinaria en 4%, sangrado 4.6%, hematoma 6.1% y en menor grado infección, retraso en la curación.^(1,6)

Las complicaciones postoperatorias se pueden clasificar según su complejidad y el tratamiento requerido para poder tratarlas, es así que tenemos la Clasificación de Clavien Dindo, en la cual se dividen en cinco grados, siendo el grado I cualquier complicación que requiera manejo farmacológico con antieméticos, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, electrolitos y fisioterapia; manejo endoscópico o intervención radiológica. El grado II son las complicaciones que requieren otro tipo de fármacos, transfusión sanguínea o nutrición parenteral total. El grado III requieren intervención quirúrgica, endoscópica o radiológica. El grado IV son complicaciones que amenazan la vida del paciente y requieren cuidados críticos, y el grado V ocasionan la muerte.⁽¹⁷⁾ Las complicaciones derivadas de cirugías anorrectales en su mayoría se clasifican en los primeros tres grados e independientemente de la técnica quirúrgica con que se aborde cada patología, encontramos una tasa de incidencia global desde 0 hasta 35.71% para las complicaciones precoces y un 10.71% para las tardías como ser la incontinencia anal;⁽⁷⁾ siendo las más frecuentes: hemorragia, dolor excesivo, retención urinaria aguda, retraso de la cicatrización, infección del sitio quirúrgico, impactación fecal, estenosis anal, incontinencia fecal, dehiscencia de herida, fisura anal, fistula anal, colgajos cutáneos, ectropión, recidiva de la patología tratada.

En el año 2016 se publicó una tesis que reporta el manejo quirúrgico y evolución de la fisura anal, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, reportando la presencia de complicaciones: retraso en la cicatrización en 10.8%, incontinencia anal en 29.4%, seno anal 2.7%.⁽²⁰⁾ En el año 2017 se publicó una tesis que describe las principales complicaciones de pacientes sometidos a hemorroidectomía con técnica de Ferguson en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos reportando ectropión en 6%, dehiscencia de herida, dolor e impactación fecal, fistula, incontinencia, retraso en la cicatrización, seno anal todas con incidencia del 2%.⁽¹⁹⁾ En el año 2013 se publica una tesis sobre la evolución clínica del drenaje de absceso anal en el servicio de coloproctología del Hospital General de México, reportando como complicación la formación de fistula anal en 37.2%, recurrencia del absceso en 2.9%.⁽²¹⁾ Aunque se han publicado tesis sobre temas aislados, este es el primer estudio que se hace que describa las complicaciones de toda la cirugía coloproctológica.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad anorrectal es un problema muy frecuente de salud que afecta de manera importante la calidad de vida de las personas. Son patologías que en la mayoría de los casos se deben tratar quirúrgicamente, y en la actualidad existe una carencia de información a nivel nacional acerca de las complicaciones postoperatorias de los pacientes sometidos a cirugía anorrectal. A nivel institucional se desconoce cuáles son las complicaciones más frecuentes, las alternativas de tratamiento que se proponen y el desenlace de estos pacientes intervenidos quirúrgicamente. Necesitamos determinar cuáles son los factores que se asocian al desarrollo de estas complicaciones a nivel institucional.

Con este protocolo pretendemos, sentar bases para proyectos de investigación futuros que puedan identificar factores de riesgo clínico-patológicos, sociodemográficos o institucionales y determinar herramientas para mejorar los resultados postoperatorios, así como disminución de los costos por reintervenciones, disminución de periodos prolongados de incapacidad y del riesgo perioperatorio de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio.

Lo cual se logrará con la solución a través de la solución de esta pregunta:

¿Cuáles son las complicaciones postoperatorias más frecuentes en pacientes intervenidos de cirugías anorrectales en el Hospital Lic. Adolfo López Mateos?

III. JUSTIFICACIÓN

La patología anorrectal engloba un conjunto de enfermedades que a nivel mundial y en nuestro país afectan de manera importante la calidad de vida de las personas. La mayoría de estas patologías su tratamiento definitivo es la intervención quirúrgica, en quienes en mayor o menor medida presentaran alguna complicación postoperatoria.

En la actualidad no se sabe cuáles son las complicaciones postoperatorias más frecuentes a nivel nacional ni institucional, ni los factores asociados al desarrollo de las mismas. Debido a la formación de cirujanos que integran el servicio de Coloproctología de nuestra institución a la homogeneidad y estandarización de la realización de los procedimientos esperaríamos menor tasa de complicaciones que la reportada en la literatura internacional.

Por tanto, se plantea un estudio retrospectivo, en la población con patología anorrectal que fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en los últimos 5 años, del 2017 al 2021, para determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes en esta población. Los resultados ayudarán a realizar una autoevaluación del manejo quirúrgico de estos pacientes, a replantearse si este manejo es el adecuado y sentarán las bases para realizar estudios a futuro y determinar los factores de riesgo para el desarrollo de estas complicaciones.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las complicaciones postoperatorias presentes en los pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugía anorrectal.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes intervenidos de cirugía anorrectal.
- Identificar las características clínicas de los pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias.
- Describir las características de la cirugía de los pacientes intervenidos de cirugía anorrectal.
- Enumerar las complicaciones postoperatorias más frecuentes de pacientes intervenidos de cirugía anorrectal.
- Enumerar las complicaciones postoperatorias más frecuentes según el tipo de cirugía anorrectal realizada.

V. HIPÓTESIS

5.1 HIPÓTESIS ALTERNA:

La incidencia de complicaciones postoperatorias de cirugía anorrectal en el servicio de coloproctología es menor del 30%.

5.2 HIPÓTESIS NULA:

La incidencia de complicaciones postoperatorias de cirugía anorrectal en el servicio de coloproctología no es menor del 30%.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Diseño del estudio:

Estudio descriptivo, retrospectivo.

6.2 Tamaño de la muestra:

Universo y muestra: todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en el servicio de Coloproctología (hombres y mujeres) del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos que fueron intervenidos quirúrgicamente de cirugía anorrectal de enero del 2017 a diciembre del 2021, siendo un total de 369 pacientes.

6.3 Unidades de observación:

Las notas postoperatorias y notas de evolución de todos los expedientes clínicos de los pacientes postoperados de cirugía anorrectal ingresados al servicio de Coloproctología (hombres y mujeres) de enero del 2017 a diciembre del 2021. En los expedientes clínicos con datos faltantes se hará llamada telefónica a los pacientes para preguntar por los mismos.

6.4 Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes mayores de 18 años (hombres y mujeres) que fueron intervenidos quirúrgicamente de cirugía anorrectal por el servicio de coloproctología de nuestro centro hospitalario.
- Todos los pacientes a los que se les realizó su primera intervención quirúrgica anorrectal en nuestro centro hospitalario ya sea de manera electiva o de urgencia.
- Todos los pacientes que fueron reintervenidos de cirugía anorrectal que su primera intervención o intervención previa fue en nuestro centro hospitalario ya sea de manera electiva o urgente.
- Todos los pacientes que completaron su seguimiento postoperatorio por al menos 6 meses.

6.5 Criterios de exclusión:

- Todos los pacientes mayores de 18 años (hombre y mujeres) que no fueron intervenidos quirúrgicamente de cirugía anorrectal por el servicio de coloproctología.
- Pacientes que no cumplieron con su seguimiento postoperatorio por al menos 6 meses.
- Pacientes con expedientes clínicos que al revisarlos se identificaron con datos incompletos y que no fue posible completarlos con llamada telefónica al paciente.
- Pacientes que fueron intervenidos de cirugía anorrectal en otra institución médica y que fueron referidos a nuestro centro hospitalario.
- Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con afectación anorrectal.
- Pacientes con algún tipo de neoplasia anorrectal.
- Pacientes sometidos a quimio radioterapia.
- Pacientes diagnosticados con algún tipo de inmunodeficiencia como VIH/SIDA u otra patología.

6.6 Criterios de eliminación:

- Pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugía anorrectal y fallecieron en el periodo postoperatorio

6.7 Variables y unidades de medida:

Variable	Concepto/ Dimensión	Tipo	Indicador
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS			
Complicaciones postoperatorias	Evento no relacionado al propósito del procedimiento quirúrgico; resultado no intencionado, que causan desviación del curso ideal del postoperatorio induciendo cambio en el manejo.	Cualitativa	-Si -No -Hemorragia -Dolor excesivo -Retención urinaria aguda -Retraso de la cicatrización -Infección del sitio quirúrgico -Impactación fecal -Estenosis anal -Incontinencia fecal -Dehiscencia de herida -Fisura anal -Fístula anal -Colgajos cutáneos -Ectropión -Recidiva de la patología tratada
Hemorragia	Es la presencia de sangrado directo (goteo o chorro) constante o indirecto (manchado de apósito persistente) a través de la herida quirúrgica en el anodermo, que puede ser inmediata (en las primeras 24 horas) o tardía (6-12 día postoperatorio).	Cualitativa	-Hemorragia inmediata -Hemorragia tardía
Dolor excesivo	Se define como la presencia de dolor derivada del acto quirúrgico en que la administración de analgésicos continúa siendo necesaria al término de la primera semana postoperatoria en que el dolor ya debe ser moderado a leve.	Cualitativa	-Si -No
Retención aguda de orina	Es la incapacidad del vaciamiento voluntario del contenido vesical por vía uretral. Que amerita cateterismo antiséptico intermitente.	Cualitativa	-Si -No

Retraso de la cicatrización	Es la reparación anómala de una herida en la que no esta no se cierra por completo o no se sustituye la superficie de la herida por tejido fibroso evitando que esta cierre. En las cirugías anorrectales se espera una cicatriz completa en los primeras 6 a 8 semanas del postoperatorio.	Cualitativa	-Si -No
Infección del sitio quirúrgico	Herida quirúrgica con presencia de edema, eritema, dolor severo, y producción de pus secundario a una cirugía anorrectal.	Cualitativo	-Si -No
Impactación fecal	Es el retardo de la evacuación intestinal en pacientes operados de cirugía anorrectal después del 3 día postoperatorio, se identifica con el tacto rectal como la presencia de una masa fecal dura que llena el ámpula rectal, que amerita la necesidad de desimpactación fecal manual o mediante enemas.	Cualitativa	-Si -No
Estenosis anal	Es la perdida de la elasticidad del conducto anal por la sustitución de tejido conectivo fibroso, provocando estrechez de la luz. Puede ser leve si pasa con dificultad el dedo índice o rectosigmoidoscopia de 19mm, moderada con paso forzado del dedo índice o rectosigmoidoscopio de 13mm pero no el de 19mm y severa si no pasa el dedo menique o rectosigmoidoscopio de 13mm.	Cualitativa	-Estenosis leve -Estenosis moderada -Estenosis severa
Incontinencia fecal	Es la incapacidad de controlar la evacuación. Lo que provoca la salida involuntaria ya sea de gases,	Cualitativa	-Incontinencia leve -Incontinencia moderada -Incontinencia severa

	<p>heces formadas o líquidas. Se evalúa mediante la escala de Jorge Wexner en la que evalúa 5 elementos: escape de gases, heces líquidas o sólidas, uso de protector y cambio en el estilo de vida, según su frecuencia da un puntaje que al sumarlo puede ser del 1 al 20. Siendo 1 al 8 incontinencia leve, 9 a 16 moderada y 17 a 20 severa.</p>		
Dehiscencia de herida	<p>Se define como una fractura homeostática entre la tensión de la herida sobre la fuerza de los tejidos del anodermo, la calidad de los mismos y la fuerza tensil de la sutura utilizada, así como la seguridad de los nudos y la técnica quirúrgica utilizada</p>	Cualitativa	-Si -No
Fisura anal	<p>La fisura anal es una solución de continuidad del epitelio de la mucosa anal, que se extiende en el sitio de la herida quirúrgica.</p>	Cualitativa	-Si -No
Fístula anal	<p>La fístula anal se define como una comunicación anormal mediante un trayecto epitelizado entre el conducto anal y la piel perianal, en el sitio de la herida quirúrgica comúnmente por una cicatrización anormal, rápida formando un puente cutáneo sobre la herida.</p>	Cualitativa	-Si -No
Colgajo cutáneo	<p>Es el crecimiento anormal (excesivo) de la piel en la zona anal y perianal. Que pueden provocar molestias como prurito anal, incapacidad para el aseo adecuado.</p>	Cualitativa	-Si -No
Ectropión	<p>Es la exposición de la mucosa anorrectal secundaria a eversión de la misma provocando ano</p>	Cualitativa	-Si -No

	húmedo.		
Recidiva	Es la reaparición de la patología tratada poco después del periodo de convalecencia.	Cualitativa	-Si -No
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS			
Edad	Años de vida transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta	Cuantitativa	- Años
Sexo	Característica biológica que distingue al hombre y a la mujer	Cualitativa	-Hombre -Mujer
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Cualitativa	-Ninguna -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Universitario
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	Cualitativa	-Rural -Urbana
CARACTERISTICAS CLINICAS			
Tiempo de evolución	Tiempo desde el inicio de la sintomatología hasta el momento actual	Cuantitativa	-Promedio -Rango
Comorbilidades	Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo	Cualitativa	-Si -No -Endocrinas -Cardiovascular -Neumopatía -Otras
Antecedente quirúrgico proctológico	Procedimiento quirúrgico realizado anteriormente en el paciente en el área anorrectal que puede ser: hemorroidectomía tipo Ferguson, tipo Milligan-Morgan, hemorroidectomía con PPH, hemorroidectomía THD; Fistulectomía, fistulotomía, resección de seno anal, avance de colgajo endorrectal, Esfinterotomía lateral interna parcial izquierda, Fisurectomía, drenaje de absceso, cripectomía	Cualitativa	-No - Hemorroidectomía cerrada o tipo Ferguson -Hemorroidectomía abierta o tipo Milligan-Morgan -Hemorroidectomía con PPH -Hemorroidectomía THD -Fistulectomía -Fistulotomía -Resección de seno anal -Avance de colgajo endorrectal -Esfinterotomía lateral interna parcial izquierda

			-Fisurectomía -Drenaje de absceso -Criptectomía
Hábitos tóxicos	Situación de dependencia respecto a ciertas drogas	Cualitativa	-Alcohol -Tabaco -Otras
Peso	Fuerza con que la tierra atrae a un cuerpo	Cuantitativa	-Rango -Promedio
Talla	Estatura o altura de las personas	Cuantitativa	-Rango -Promedio
IMC	Es una medida de asociación entre la masa y la talla del individuo. Que clasifica a estos como bajo peso, peso normal, sobre peso, obesidad grado I, obesidad grado II, obesidad mórbida	Cuantitativa	-Bajo peso <18.5 -Peso normal 18.5-24.9 -Sobrepeso 25.29.9 -Obesidad grado I 30-34.9 -Obesidad grado II 35-39.9 -Obesidad mórbida >40
CARACTERISTICAS DE LA CIRUGIA			
Clasificación ASA	Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el Riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.	Cualitativo	-I -II -III -IV -V
Clasificación Goldman	Índices clínicos multifactoriales de riesgo cardiovascular para aquellos pacientes a quienes se les va a practicar cirugía no cardíaca, identificando factores de riesgo que predicen las complicaciones cardíacas peri operatorias o muerte.	Cualitativo	-I -II -III -IV
Diagnóstico Postoperatorio	Determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante hallazgos encontrados durante el procedimiento quirúrgico que pueden ser: enfermedad hemorroidal no complicada (paciente que presenta inflamación del tejido hemorroidal que puede ser grado I, II, III, IV),	Cualitativa	-Enfermedad hemorroidal no complicada -Enfermedad hemorroidal complicada -Fístula anal compleja -Fístula anal no compleja -Fisura anal aguda -Fisura anal crónica -Absceso perianal -Absceso isquiorrectal -Absceso interesfintérico

	<p>enfermedad hemorroidal complicada (paciente que presenta enfermedad hemorroidal en cualquiera de sus grados acompañado de sangrado, laceración, edema o trombosis). Fistula anal compleja (fistula que presenta trayecto interesfintérico alto, que abarca >30% del EAE, fistula recidivante, fistula con antecedente quirúrgico, fistula extraesfintérica, fistula en paciente con inmunocompromiso) fistula anal no compleja, fisura anal aguda (fisura que presenta una evolución < de 2 semanas o sin triada de Brodie) fisura anal aguda, absceso perianal, absceso isquiorrectal, absceso interesfintérico, absceso supraelevador, criptitis</p>		<p>-Absceso supraelevador -Criptitis</p>
<p>Cirugía anorrectal realizada</p>	<p>Procedimiento quirúrgico realizado con base en los hallazgos intraoperatorios</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-Determinado por el médico tratante</p>
<p>Hemorroidectomía</p>	<p>Intervención quirúrgica en la región anorrectal que se realiza para extirpar los paquetes hemorroidales. Puede ser cerrada tipo Ferguson o abierta tipo Milligan-Morgan, o con engrapadora PPH</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-Hemorroidectomía cerrada o tipo Ferguson -Hemorroidectomía abierta o tipo Milligan-Morgan -Hemorroidectomía con PPH -Hemorroidectomía THD</p>
<p>Fistulectomía</p>	<p>Es la extirpación del trayecto fistuloso desde su orificio interno al externo. Puede ser cortando todas las capas hasta llegar al trayecto o tipo 'core out' extrayendo solamente el trayecto. Cuando el trayecto fistuloso tiene una terminación ciega se denomina seno anal y se realiza su resección con la técnica ya descrita.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>-Fistulectomía -Resección de seno anal</p>

Fistulotomía	Consiste en la incisión del trayecto fistuloso atravesando todas las capas del anodermo, realizando drenaje y curetaje del mismo	Cualitativa	-Si -No
Avance de colgajo endorrectal	Consiste en el descenso de una porción de la pared rectal ya sea de espesor completo o parcial, para cubrir el defecto en la pared del recto donde se encuentra el orificio interno de la fístula.	Cualitativa	-Si -No
Esfinterotomía lateral interna parcial izquierda	Intervención quirúrgica que consiste en la incisión parcial del musculo esfínter anal interno en el cuadrante lateral izquierdo	Cualitativa	-Si -No
Fisurectomía	Intervención quirúrgica que consiste en extirpación del tejido fibroso que constituye una fisura anal	Cualitativa	-Si -No
Drenaje de absceso	Consiste en la extracción de material purulento acumulado en cualquiera de los espacios anorrectales	Cualitativa	-Si -No
Criptectomía	Es la extirpación de la cripta en la cual se origina la glándula que da origen a un absceso o fistula anorrectal. Se puede realizar juntamente con una Fistulectomía, fistulotomía o drenaje de absceso.	Cualitativa	-Si -No

6.8 Fuente de datos:

Expedientes clínicos de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de cirugía anorrectal en el periodo de estudio, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos de enero 2017- diciembre 2021. Siendo un total de 369, de los cuales 113 no se encontró en el archivo clínico y 10 estaban incompletos.

6.9 Método, técnicas y procedimiento de recolección de la información:

Se identificaron los expedientes clínicos de los pacientes ingresados al servicio de Coloproctología que fueron intervenidos de cirugía anorrectal, durante el periodo ya establecido. Se aplicó un instrumento de recolección de información que contiene las siguientes secciones: complicaciones postoperatorias (hemorragia, dolor excesivo, retención urinaria aguda, retraso de la cicatrización, infección del sitio quirúrgico, impactación fecal, estenosis anal, incontinencia fecal, dehiscencia de herida, fisura anal,

fístula anal, colgajos cutáneos, ectropión, recidiva de la patología tratada), características sociodemográficas (sexo, edad, procedencia, escolaridad), características clínicas (tiempo de evolución, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos proctológico, hábitos tóxicos, peso, talla, IMC), características de la cirugía (clasificación ASA, clasificación Goldman la cual se realizó solo a pacientes mayores de 50 años o menores de 50 años que presentaban alguna comorbilidad, diagnóstico postoperatorio, cirugía anorrectal realizada). Se aplicó la prueba piloto (n=1) y luego, cada expediente fue examinado por el investigador, se realizó una llamada telefónica a los pacientes en los cuales había datos faltantes, se unificaron resultados y se ingresó a una base de datos.

6.10 Consideraciones éticas:

En vista de tratarse de un estudio descriptivo cuya fuente de información está constituida por los expedientes clínicos, no se requirió aplicar Consentimiento Informado y el protocolo no se someterá a dictamen ético. En el proceso de revisión de los expedientes clínicos, la información personal de los pacientes será manejada de manera confidencial. El autor está capacitado en ética de la investigación. MGM tomó el curso en línea Buenas Prácticas Clínicas y Protección de Sujetos Humanos Participantes en Investigaciones, Programa CITI, Universidad de Miami (www.citiprogram.org).

VII. MARCO TEÓRICO

La enfermedad anorrectal es muy frecuente en la consulta médica de múltiples especialidades, la enfermedad hemorroidal, los abscesos anorrectoperineales, las fístulas perianales y la fisura anal afectan de manera importante la calidad de vida de las personas. La enfermedad hemorroidal y la fisura anal se pueden tratar medicamente de manera inicial, sin embargo, en muchos casos requieren manejo quirúrgico, mientras que los abscesos y la fístula anal son patologías eminentemente quirúrgicas. ⁽¹⁾

ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Las hemorroides son grupos normales de tejido vascular, conectivo, músculo liso y epitelio, que existen proximal a la línea dentada en posición anterior derecha, lateral izquierda y posterior derecha en el conducto anal; se encuentran normalmente en el individuo sano y sirven en el mecanismo de la continencia principalmente a gases y líquidos. La prevalencia en Estados Unidos es del 4-8% y es la tercera causa más común de consulta al médico gastroenterólogo, mientras que en Reino Unido es de 13-36% dentro de la población general. Con base en datos de colonoscopias realizadas como tamizaje reporta una prevalencia del 38% en la población general y de estas el 44% reporta ser sintomática. Los principales factores de riesgo son la edad media (45-65 años) y la obesidad. Según la clasificación clásica de Goligher se dividen en hemorroides internas si son proximales a la línea dentada, están cubiertas de epitelio columnar y tienen inervación visceral. Se subclasifican en 4 grados: grado I si protruyen al conducto anal pero no se prolapsan más allá de él; grado II: si hay prolapso más allá del conducto anal y se reducen espontáneamente; grado III: si hay prolapso que requiere reducción manual; grado IV: con prolapso irreducible. Las hemorroides externas distales a la línea dentada son plexos venosos subcutáneos perianales, cubiertas de epitelio escamoso y presentan inervación somática. ^(1,2,8)

ETIOLOGIA

Se vuelven patológicas al ingurgitarse y presentar síntomas. Desde el trabajo de Burkitt en 1970 se considera que la baja ingesta de fibra, el estreñimiento que llevan a pujo crónico y las heces duras resultan en la disrupción del soporte de las hemorroides causando desplazamiento distal y dilatación venosa lo cual se puede exacerbar por levantamiento de peso, posición sentada prolongada, obesidad. Otros estudios han concluido que la diarrea más que el estreñimiento está asociado a la enfermedad hemorroidal. Las hemorroides externas se vuelven sintomáticas cuando hay ruptura de los plexos venosos, resultando en un hematoma subcutáneo doloroso llamado trombosis hemorroidal externa. ^(1,2,3)

DIAGNOSTICO

Las hemorroides internas se presentan frecuentemente con sangrado durante las evacuaciones secundario a micro trauma de los vasos de la pared al pasar la materia fecal dura, puede o no haber dolor, prurito anal, escurrido fecal y/o prolapso de las mismas. El prolapso se puede asociar a leve incontinencia anal, descarga mucosa, sensación de masa perianal e irritación de la piel perianal. Rara vez se puede estrangular el paquete hemorroidal presentando dolor severo. Las hemorroides externas trombosadas se presentan con dolor severo debido a su inervación somática, los pacientes suelen presentar una masa perianal dolorosa, que puede sangrar si se ulcera. Estas hemorroides suelen degenerarse hacia pliegue cutáneos perianales. El diagnóstico se realiza basado en la historia clínica y el examen físico realizando inspección del ano en reposo y durante el pujo, tacto rectal y anoscopia para identificar apropiadamente los paquetes hemorroidales. ^(1,2)

TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento de las hemorroides incluye terapias médicas, terapia no quirúrgica en el consultorio y la cirugía. La primera línea de tratamiento indicada en la enfermedad hemorroidal grado I, consiste en el aumento de la ingesta de líquidos y fibra, ejercicio regular, realización de baños de

asiento, evitar el estreñimiento y el pujo y disminución del tiempo en la taza al defecar. Los flebotónicos son un grupo heterogéneo de medicamentos de origen natural que mejoran el tono venoso, estabilizan la permeabilidad capilar y mejoran el drenaje linfático; entre estos tenemos la diosmina, troxerutina, hidroxietilrotrusida y dobesilato de calcio. En una revisión de Cochrane sugieren que los flebotónicos disminuyen el sangrado, descarga, prurito y el escurrimiento, sin embargo, la evidencia es de baja calidad. Los agentes tópicos que contienen dosis bajas de anestésicos locales, esteroides, antisépticos y astringentes, existe muy poca evidencia de su beneficio. ^(1,2,8)

LIGADURA CON BANDA ELASTICA

Es uno de los tratamientos no quirúrgicos más frecuentemente realizados en consultorio para hemorroides grado II y III con sangrado. Consiste en colocar una banda elástica en la base del paquete hemorroidal, proximal a la línea dentada, causando necrosis y desprendimiento del tejido redundante y fijación de la mucosa. Solo se puede realizar para hemorroides internas. No se realiza en pacientes anticoagulados o con alguna coagulopatía. No es un procedimiento doloroso. Las complicaciones se presentan en menos del 10% de los pacientes, siendo más frecuente el dolor, la retención urinaria, sangrado tardío, sepsis perianal, trombosis, pliegues cutáneos; ^(1,2,3,8) y menos frecuentemente hemorragia gastrointestinal, absceso hepático, endocarditis y muerte. El procedimiento tiene una tasa de éxito del 70% y es fácilmente repetible según necesidad. ^(1,2,9)

COAGULACION INFRARROJA

La coagulación infrarroja utiliza un coagulador de luz infrarroja mediante un transductor que la convierte en calor, se dirige hacia la base de la hemorroide por 2 segundos, por 3 a 4 veces, causando coagulación, necrosis, cicatriz y retracción de la mucosa prolapsada. ^(1,2) La complicación más frecuente es el dolor que aparece en 16-100% de los pacientes, sangrado del 15-44%. ⁽⁹⁾

ESCLEROTERAPIA

Es un procedimiento que se realiza en el consultorio para tratar hemorroides internas grado I y II. Consiste en la aplicación de una sustancia esclerosante (2-3 mL) como fenol 5% en aceite vegetal, etanolamina, quinina o solución salina hipertónica, en la submucosa; esto provoca inflamación, fibrosis y fijación del tejido al conducto anal obliterando así el tejido hemorroidal redundante. Pueden ocurrir efectos secundarios como impotencia, retención urinaria o absceso. ^(1,8) Presenta una tasa de recurrencia del 15% en un año para hemorroides grado II, y del 25-80% para grado III. El dolor postoperatorio se presenta en 24-49%, ulceración de la mucosa en 3.6%. Pueden ocurrir otras complicaciones como lesión aguda hepática, formación fístula, fascitis necrotizante, síndrome compartimental abdominal. ⁽⁹⁾

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico está indicado para hemorroides internas grado III y IV o hemorroides que presenten alguna complicación como trombosis, ulceración, sangrado y para hemorroides externas trombosadas con síntomas persistentes. Para las hemorroides externas se recomienda la escisión dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, no se recomienda la incisión y drenaje; puede realizarse en consultorio o en la emergencia con anestesia local. La crisis hemorroidal rara vez ocurre y se presenta como hemorroides edematizadas, con eritema, ulceración o tejido necrótico dolorosas, y ocurre cuando la hemorroide interna se prolapsa y se encarcela como resultado del espasmo del esfínter. Estos pacientes se benefician de ingreso hospitalario, manejo del dolor, baños de asiento y reposo intestinal; si presentan necrosis o sepsis perianal es indicativo de exploración urgente en quirófano. ⁽¹⁾

Hemorroidectomía: se basa en la escisión quirúrgica del tejido hemorroidal enfermo. Hay dos abordajes principales: tipo Ferguson (cerrada) y Milligan-Morgan (abierta) ambas usan incisiones elípticas desde la piel perianal. En la técnica de Ferguson se cierra de manera primaria la herida, mientras que la técnica de Milligan-Morgan se deja abierta. El paso crítico en ambas técnicas es la disección completa del tejido hemorroidal, conservando integro el esfínter anal, con ligadura

previa del pedículo. Se puede realizar la resección con tijeras o diatermia o más recientemente con dispositivos de energía como el bisturí armónico, laser o radiofrecuencia. Se puede reseca de 1 a 3 paquetes hemorroidales. No hay diferencia en los resultados en ambas técnicas, pero la técnica de Ferguson suele tener una curación más temprana. Dentro de las complicaciones de la hemorroidectomía encontramos: dolor: este procedimiento suele ser muy doloroso, se pueden realizar medidas para disminuirlo, como el uso de medicamentos laxantes en el postoperatorio inmediato, analgesia combinada con opioides, bloque del nervio pudendo, así como donadores de nitratos simulando una esfinterotomía química, también se ha utilizado bloqueadores de los canales de calcio, toxina botulínica, baclofeno y metronidazol tópico. Otra complicación es el sangrado que puede ser primario comúnmente proveniente del pedículo vascular o de los bordes del anodermo, o secundario que suele ser por infección del sitio quirúrgico a los 7 o 14 días postoperado. Afecta al 5% de los pacientes. Se puede presentar la retención urinaria la cual es más frecuente en hombres que en mujeres, se presenta en aproximadamente en el 33% de los pacientes. La infección posterior a una hemorroidectomía es inusual, se puede presentar un absceso submucoso con posterior desarrollo de fístula, casos fulminantes suele ocurrir en pacientes inmunocomprometidos. La estenosis anal refleja remoción excesiva de anodermo con cicatrización del conducto anal, es secundario a una falla en la técnica quirúrgica y suele ocurrir en menos del 5% de los pacientes, se puede tratar con dilataciones anales, pero en algunos casos requerirá avance de colgajo anal. La tasa de desórdenes de la continencia en pacientes postoperados de hemorroidectomía varía de 0 hasta 28%, las causas incluyen alteración de la sensibilidad, cambio en la presión de los esfínteres, cambio en la simetría y cierre del conducto anal y daño oculto al complejo esfinteriano. ^(1,8) Otros estudios reportan algún grado de incontinencia hasta en un 6%, también se puede presentar recurrencia del 2-8%, dolor excesivo hasta un 6%. ⁽⁹⁾

Hemorroidopexia con engrapadora: está indicado en hemorroides internas grado II o III, se utiliza una engrapadora para reseca un anillo de mucosa rectal proximal a la hemorroide y ayuda a fijar el tejido a la pared rectal reconstituyendo la anatomía normal y fisiología del plexo hemorroidal, al mismo tiempo hay disrupción de las arterias que alimentan la hemorroide. El paso crítico es realizar una jareta circunferencial con la sutura en la mucosa a 4 cm de la línea dentada respetando el esfínter. Si la jareta se realiza muy baja puede provocar dolor severo, si es muy profundo puede extirpar parte de la pared del recto provocando absceso o fístula. Dentro de las complicaciones se incluyen sangrado, lesión del esfínter, dehiscencia de la línea de anastomosis, estenosis, fístula recto-vaginal. Estudios comparativos de esta técnica frente a la hemorroidectomía ha mostrado que los pacientes operados con engrapadora han mostrado menor dolor durante las evacuaciones, evacuaciones más tempranas, estadía hospitalaria más corta y menor necesidad de analgésicos narcóticos, sin embargo, presentan mayor porcentaje de recidiva. Dentro de las complicaciones se encuentran sepsis perineal y retroperitoneal, dolor abdominal, retención urinaria y fiebre, también se puede presentar tenesmo hasta en un 33%. ^(1,8)

Ligadura de arteria hemorroidal guiada por Doppler: también llamada desarterialización hemorroidal transanal, es un método quirúrgico no escisional que produce contracción hemorroidal, utiliza el Doppler para identificar las 6 principales arterias en el conducto anal y se liga las arterias que alimentan la hemorroide sintomática. El tejido redundante se puede plicar y realizar una mucopexia durante el procedimiento. Los resultados de estudios de randomizados han sido mixtos, en algunos ha mostrado esta técnica menor dolor postoperatorio y sin diferencia en cuanto recurrencia dentro de un año, mientras que otros no muestran diferencia alguna en sus resultados comparado a la hemorroidectomía abierta. Se ha presentado recurrencia hasta en un 30%. ^(1,3,8) Puede presentar dolor hasta en un 38% de los pacientes, sangrado hasta un 18%, tenesmo y trombosis hemorroidal hasta un 8.6%, fisura anal en 2.1%. ⁽⁹⁾

ABSCESOS PERIANALES

Los abscesos perianales suelen ocurrir en pacientes sanos, pero también se pueden presentar en pacientes con procesos inflamatorios como enfermedad de Crohn. La incidencia de abscesos anorrectales en los Estados Unidos es aproximadamente de 68,000-96,000 casos por año. Los abscesos son dos veces más frecuentes en hombres que en mujeres. ⁽⁴⁾

Hay múltiples teorías del origen de la infección, la más aceptada pone su atención en una infección dentro de las glándulas anales. Esta teoría, llamada teoría criptoglandular fue introducida por Eisenhammer en 1956 y es la más aceptada actualmente. La teoría se basa en la obstrucción de las glándulas anales con posterior infección y formación del absceso. Las criptas glandulares atraviesan el complejo esfinteriano a varios niveles, la infección y el absceso sigue el trayecto que menos resistencia oponga y hace que se acumule donde sea que termine la glándula. Los abscesos anorrectales se clasifican basados en su localización en relación al complejo esfinteriano, así: los abscesos perianales son los más comunes y es una infección superficial que se extiende entre el esfínter anal interno y externo hasta el margen anal. Si el absceso penetra el esfínter anal externo se convierte en un absceso isquiorrectal. Los abscesos interesfintéricos son infecciones en el espacio potencial entre el esfínter anal interno y externo. Si el absceso se extiende cefálicamente a lo largo de la pared rectal arriba de los elevadores se convierte en un absceso supra elevador. El absceso postanal profundo que se extiende hacia ambas fosas isquiorrectales se le llama absceso en herradura. ⁽⁴⁾ Afecta más dentro de los 20 a 40 años de edad. Los abscesos suelen presentarse juntamente con las fístulas, siendo que 30 a 70% de pacientes con un absceso tienen una fístula anal concomitante, mientras que aquellos que no tienen una fístula concomitante presentarán una en el futuro en 30 a 50% de los casos. ⁽¹⁾

SINTOMATOLOGIA

La mayoría de los pacientes presentan dolor en algunas ocasiones fiebre, sensibilidad. Si el absceso es bajo (perianal o isquiorrectal) suele acompañarse de inflamación y eritema, o una masa fluctuante en la región perianal. En abscesos altos como supra elevadores no suelen presentar sintomatología externa, suelen estar asociados con sintomatología sistémica como fiebre y malestar general. Si es interesfintérico tampoco suelen presentar sintomatología externa, pero hay presencia de dolor al tacto rectal y fluctuación.

DIAGNOSTICO

La mayoría de los pacientes suelen diagnosticarse al realizar el examen físico por la presencia de cambios inflamatorios como eritema, calor, rubor, sensibilidad o dolor a la palpación, induración, fluctuación. De no presentar sintomatología externa evidente debe hacer sospechar un absceso supra elevador o interesfintérico. Dentro del diagnóstico diferencial de los abscesos se debe considerar la fisura anal, hemorroides externas trombosadas, malignidad, enfermedades de transmisión sexual, proctitis, celulitis, espasmo del musculo elevador del ano. Se debe también diferenciar de otros procesos inflamatorios que pueden ocurrir en el área como la hidradenitis supurativa, forunculosis o enfermedad pilonidal. Si el examen digital es imposible o la infección es extensa se debe realizar una valoración física bajo anestesia para identificar el sitio de la infección y realizar el drenaje. ^(1,4,10)

El ultrasonido endoanal, la tomografía contrastada, o la resonancia magnética rara vez es necesario para realizar el diagnóstico, pero en ocasiones es de vital ayuda para localizar abscesos muy altos especialmente los localizados en el espacio supra elevador. ⁽⁴⁾

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico de elección es la incisión y drenaje adecuado de la colección purulenta y si se acompañan de una fístula se puede o no realizar simultáneamente la fistulotomía. Debido a que muchos de estos desarrollan una fístula se debe realizar la incisión lo más cercana al margen anal. La mayoría de estos procedimientos se pueden realizar en el consultorio, en casos complejos como abscesos loculados, isquiorrectales, interesfintéricos, supra elevadores o en herradura se deben realizar en quirófano bajo anestesia. Si el paciente presenta de manera

concomitante una fístula se debe realizar drenaje inicial y fistulotomía y esto disminuye un 83% la incidencia de recurrencia del absceso. La tasa de recurrencia después del drenaje que requerirá un segundo drenaje es de 3-44%. Los factores de riesgo más importante para recurrencia es la enfermedad de Crohn, diabetes mellitus y localización isquiorrectal. ^(1,4) Hay información limitada en cuanto al uso de antibióticos, sin embargo, en pacientes con celulitis extensa, enfermedad sistémica, virus de inmunodeficiencia humana o infección por microorganismos atípicos como tuberculosis se recomienda el uso de antibióticos previo a realizar la incisión, así como también, en pacientes con antecedente de endocarditis bacteriana, válvulas protésicas, enfermedad congénita del corazón. El uso de metronidazol y ciprofloxacina ha demostrado la disminución de desarrollo de fístula del 30 al 14.1%. ⁽¹¹⁾

COMPLICACIONES

Las principales complicaciones de este procedimiento es el desarrollo de una fístula anorrectoperineal en un 30-50%, ⁽¹⁾ otras fuentes mencionan que alcanza hasta el 83% de los casos, ⁽⁴⁾ la recurrencia del absceso es de un 3-44%, pero si se realiza fistulotomía concomitantemente se puede reducir la recurrencia en un 83% de los casos, en menor grado se puede presentar sepsis, sangrado, retención urinaria, impactación fecal. ^(1,4)

FISTULA ANORRECTOPERINEAL

Las fístulas anales ocurren con una incidencia de 5.5 casos por cada 100,000 mujeres y 12.1 casos por cada 100,000 hombres. Pueden ocurrir a cualquier edad, pero el promedio de edad son los 39 años. La enfermedad fistulizante perianal afecta a más del 30% de pacientes con enfermedad de Crohn. ⁽⁴⁾ La fístula anal se define como una comunicación anormal mediante un trayecto entre dos superficies epitelizadas (comúnmente entre el conducto anal y la piel perianal). Igual que en los abscesos la teoría criptoglandular juega un rol en el desarrollo de las fístulas. Las fístulas perianales se consideran un estadio avanzado y crónico de un absceso anorrectal, y se puede observar en más del 50% de los casos de estos. ^(1,4,11)

Las fístulas se clasifican con base en su relación con el aparato esfinteriano. La clasificación de Parks las divide en 5 tipos: submucosa, interesfintérica, transesfintérica (alta o baja), supraesfintérica y extraesfintérica. Las fistulas submucosas, se originan en una cripta infectada a nivel de la línea dentada. Debido a que no involucran el esfínter su tratamiento es más simple. Las interesfintéricas atraviesan el esfínter interno y sale a través del espacio interesfintérico sin involucrar el esfínter externo, pudiendo realizar la fistulotomía sin provocar incontinencia. La trayectoria transesfintérica involucra ambos esfínteres y al realizar la fistulotomía hay mayor riesgo de incontinencia. Las fístulas supraesfintéricas se originan en la línea dentada y pasan sobre el esfínter externo y salen a la piel perianal atravesando la fosa isquiorrectal. Las fístulas extraesfintéricas son muy raras y no involucra el complejo esfinteriano y pasa de la pared rectal a través de la fosa isquiorrectal hacia la piel perianal. Todas estas fístulas se pueden asociar a trayectos altos ciegos, se pueden asociar a malignidad, infecciones raras y desordenes inflamatorios. La regla de Goodsall sirve para predecir la ubicación del orificio interno con base al orificio externo; y nos dice que si el orificio externo tiene una ubicación anterior a una línea imaginaria que cruza transversalmente el ano, probablemente el trayecto fistuloso es lineal. Si el orificio externo está ubicado posterior al conducto anal tendrá un trayecto curvo o complicado hacia la línea media posterior del ano, se dice que con esta regla se logra encontrar el orificio interno del 49-91% de los casos con un valor predictivo positivo de 59%, suele ser más precisa para fístulas posteriores que anteriores. ^(1,4,5)

También se pueden clasificar como fístulas transesfintéricas bajas si involucra solamente el tercio distal del esfínter anal interno y externo. Y las fístulas altas si involucra mayor porción de estos músculos y, por lo tanto, conllevan mayor riesgo de incontinencia al momento de tratarlas. Pero también las podemos definir como simples o complejas. Las simples son aquellas que solo involucra el esfínter anal interno o bien la porción distal del esfínter anal externo, todas las demás

son complejas, es decir, aquellas que involucran más del 30% del complejo esfinteriano, fístulas anteriores en mujeres, cualquier fístula con trayecto secundario, con presencia de absceso, asociada a otras patologías como enfermedad de Crohn, radioterapia, aquellas que involucran la vagina o la uretra, fístulas recidivantes o cirugía previa. ^(1,4,5)

SINTOMATOLOGIA

Paciente con fístula suelen tener el antecedente de absceso anorrectal que dreno espontáneamente o quirúrgicamente. Comúnmente presentan drenaje espontaneo, dolor a la evacuación, prurito o sangrado perianal debido al tejido de granulación en el orificio secundario. ⁽⁴⁾

DIAGNOSTICO

Al examen físico podemos observar un orificio secundario con drenaje purulento o fecal de manera intermitente, con inflamación perianal, dolor que mejora al drenaje espontaneo de la misma. A la palpación perianal podemos encontrar una estructura como cordón que se asocia al trayecto fistuloso. La presencia de múltiples fístulas con pliegues cutáneos grandes puede ser sugestivos de enfermedad de Crohn. Se debe realizar anoscopia y en ocasiones puede verse el orificio interno en el conducto anal. No es necesario realizar estudios de imagen de manera rutinaria. Pero es útil para determinar la relación de la fístula con el complejo esfinteriano y si se trata de una fístula compleja se recomienda realizar una resonancia magnética para poder mapear el trayecto fistuloso en más del 90% de los casos. El USG endoanal tiene tasa de acierto del 80-89% para mapear trayectos fistulosos. ^(1,4)

TRATAMIENTO

El tratamiento de las fístulas anales data desde el año 400 a.C. con Hipócrates. El tratamiento depende de la dirección del trayecto fistuloso además de su relación con el complejo esfinteriano. En ciertas ocasiones se podría preferir un manejo conservador si el paciente es asintomático o bien tiene contraindicaciones médicas para la cirugía. Otras indicaciones de manejo médico podrían ser las fístulas secundarias a enfermedad perianal secundaria a enfermedad de Crohn, donde se ha comprobado que el uso de metronidazol ayuda a disminuir el drenaje, eritema e induración; el uso de Infliximab, un anticuerpo monoclonal usado contra la enfermedad de Crohn intestinal, se ha utilizado para la sintomatología perianal con resultados aun debatidos. Dentro de las alternativas quirúrgicas para el manejo de las fístulas incluyen fistulotomía, fistulectomía, setón de corte, pegamento de fibrina, tapón de fístula anal, ligadura del trayecto interesfintérico (LIFT) y los colgajos de avance. Independientemente de la técnica el paso crítico del tratamiento quirúrgico es encontrar y cerrar el orificio interno de la fístula y el trayecto fistuloso con lesión mínima del esfínter. El orificio interno se puede localizar con la aplicación de peróxido de hidrogeno o azul de metileno a través del orificio externo con el uso de un anoscopio. ^(4,13)

Fistulotomía: las fístulas simples pueden ser tratadas con fistulotomía. Esta se realiza identificando el orificio interno y externo, se coloca un estilete a través del trayecto y se incide el trayecto sobre el estilete. Usualmente se divide una porción del esfínter y hay debate en cuanto se puede incidir sin afectar la continencia. La tasa de éxito de la fistulotomía es excelente, del 92-97%. Se reporta alteración de la continencia desde un 0-73% de los casos. Los factores de riesgo para incontinencia posquirúrgica es la incontinencia preoperatoria, sexo femenino, fístulas complejas, cirugía previa por fístulas, y enfermedad recurrente. Se reporta que para fístulas bajas tratadas con fistulotomía tienen tasa de incontinencia tipo manchado en un 40% y recurrencia a 3 años del 7%. La recurrencia se puede deber a identificación inadecuada del trayecto, incapacidad de identificar un trayecto secundario, o la predisposición del paciente para enfermedad criptoglandular. La realización de la marsupialización del trayecto se asocia a menor sangrado postoperatorio y mejor cicatrización de la herida. ^(1,11)

Fistulectomía: la fistulectomía incluye la escisión del crónico y epitelizado trayecto fistuloso, y permitir cierre de la herida por segunda intención. El trayecto se identifica a través del uso de un estilete, se disecciona el mismo desde la piel a través de la grasa perirrectal y complejo esfinteriano. Se cierra el orificio interno y se deja la herida abierta para que cierre por segunda intención. La

desventaja de esta técnica es la posibilidad de dejar defectos de tejido grandes y largos periodos de curación. ⁽⁴⁾

Avance de colgajo endorrectal: se diseñó como un procedimiento quirúrgico para evitar daño del complejo esfinteriano. Con un abordaje transanal, se diseña una manga sana de pared rectal que se eleva y se avanza sobre el orificio interno ya desbridado de la fístula. Con la colocación de un colgajo sobre el orificio interno de la fístula, se protege el mismo de la contaminación fecal y permite el cierre por segunda intención. Uno de los retos de esta técnica es que los orificios internos suelen estar muy altos y resulta a veces difícil su acceso. Se ha demostrado tener tasas de curación del 66-87%, otras series reportan hasta 100% de éxito. Si el primero procedimiento falla se puede realizar un segundo procedimiento con igual tasas de éxito. Los pacientes pueden desarrollar incontinencia leve a moderada del 7 al 38%. La tasa de recurrencia varía de un 13 – 56%. Los factores asociados a falla del tratamiento son enfermedad de Crohn, proctitis, fístula rectovaginal, malignidad, cirugías previas. ^(1,4)

Ligadura interesfintérica del trayecto fistuloso (LIFT): fue descrita por Rajanasakul en el 2007, y es una técnica quirúrgica que evita la división del complejo esfinteriano. Sirve para tratar fístulas simples y transesfintéricas complejas. Consiste en disecar el plano interesfintérico, se identifica el trayecto, se liga y se divide el mismo. Suele utilizarse después de la colocación de un setón por 8 semanas que permite la fibrosis del trayecto. La tasa de éxito ronda de un 57-94%, con tasa de recurrencia del 6-18%. Se puede agregar un tapón bioprotésico a la porción externa del del trayecto resultando en curación del 95%. ^(1,4,11)

Setón: el setón es una sutura, banda elástica que se pasa a través del trayecto fistuloso, que se anuda y forma un anillo entre el orificio interno y externo, comúnmente se coloca un setón y se realiza desbridamiento que permite el drenaje y convierte un proceso inflamatorio en una reacción a cuerpo extraño, causando fibrosis periesfintérica. El propósito del setón es mantener el trayecto abierto, esto provoca acortamiento del trayecto y disminuye la cantidad de esfínter involucrado. Los setones de corte funcionan mediante ajuste de la tensión constante y crean una fistulotomía gradual del trayecto a lo largo del tiempo. Se han reportado tasas de curación del 90%. Pueden provocar lesión del esfínter y por eso se ha disminuido su uso. Se reportan tasas de incontinencia del 12%, aumentando esta con fístulas altas. Los setones de drenaje se utilizan para tratar la sepsis y causar fibrosis del trayecto, seguido de una fistulotomía semanas después, con tasas de éxito del 62-100%, con incontinencia del 0-54%. ^(1,4)

Pegamento de fibrina: el pegamento de fibrina está hecho de una combinación de fibrinógeno, trombina y calcio. Aparece por primera vez en la primera guerra mundial y se encuentra útil como hemostático en la década de 1940. En 1991, Hjortrub et al, publican sus resultados como sellante de fístulas anales. Se piensa que sella la fístula induciendo la formación de un coágulo dentro del trayecto fistuloso y promoviendo el crecimiento de colágeno dentro del trayecto. Tiene tasas de curación del 10-85% con gran variación en múltiples estudios y dependiendo de la clasificación de la fístula. ⁽⁴⁾

Tapón de fístula anal: los tapones de fístulas anales están hechos de colágeno submucoso acelular porcino. Están diseñados para permitir el crecimiento de fibroblastos en su andamiaje y de esta manera promover el cierre de la fístula. Este tapón se introduce dentro del trayecto de la fístula y se fija en el orificio interno y se corta en el orificio externo, este se deja abierto para que permita el drenaje. Al inicio se reportaban tasas de éxito del 80 al 85%, sin embargo, en la actualidad se reporta curación del 30-50%. Con tasas de recurrencia del 71%. ^(1,4)

Ablación con láser: el más reciente tratamiento de mínima invasión para el tratamiento de fístulas es “fistula laser closing” o “FiLaC”. Esta técnica utiliza una fibra de emisión láser para ligadura del trayecto endofístula. Esta técnica también se puede acompañar de avance de colgajo endorrectal. Se ha demostrado tasa de curación hasta el 64%, con incontinencia del 1.7% especialmente a flatos. ^(1,12)

FISURA ANAL

La fisura anal es una solución de continuidad del epitelio de la mucosa anal, que se extiende de la línea dentada hacia el borde anal. Es la segunda patología anorrectal más común después de las hemorroides. Ocurre en todos los grupos de edad, pero es más común en jóvenes, con igual incidencia en ambos sexos. ^(1,6) Si persiste más de 4-8 semanas se considera crónica. La mayoría de las fisuras ocurre en la línea media posterior (90%), en la línea media anterior es más común en mujeres (10-25%), y en hombres (1-8%); de manera concomitante en línea media anterior y posterior ocurre en 3%. La fisura anal lateral debe hacer sospechar enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis, virus de inmunodeficiencia humana o sífilis. La fisura anal provoca dolor significativo e impacto importante en la calidad de vida del paciente. ⁽¹⁾

Se creía que su etiología era por trauma en el conducto anal debido al paso de heces duras o diarrea, pero esto solo explica las fisuras agudas, además el estreñimiento y las heces duras solo ocurren en un 13% de los pacientes con fisuras; el tono aumentado y persistente del esfínter anal interno es lo que conduce a la cronicidad, el dolor de la fisura conduce a espasmo del esfínter y puede durar largos periodos de tiempo. El incremento del tono del esfínter anal interno provoca isquemia local e incapacidad de curación adecuada del anodermo. El anodermo es irrigado por las arterias rectales inferiores las cuales atraviesan el esfínter interno. ⁽¹⁾

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico. Los pacientes se presentan con dolor anal, que comúnmente dura hasta muchas horas después de la evacuación, y pueden tener sangrado doloroso al momento de evacuar. La fisura se puede observar a la exploración física, aunque en ocasiones esto sea difícil debido al dolor o al espasmo del esfínter. Las fisuras crónicas desarrollan engrosamiento de los bordes, se puede observar el esfínter interno y en la base de la misma se puede observar una papila anal hipertrófica proximal y pliegue anal cutáneo en su parte distal, lo que conocemos como triada de Brodie. ⁽¹⁾ Se debe diferenciar la fisura anal con enfermedad hemorroidal, enfermedad de Crohn ano perineal, infecciones de transmisión sexual, así como cáncer. ⁽⁶⁾

TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento inicial consiste en manejo conservador, que incluye ablandadores de heces, fibra dietética, baños de asiento, lidocaína tópica para manejo del dolor. Los ablandadores de heces y la lidocaína tópica juntas curan del 8-51% de los pacientes. Casi la mitad de las fisuras agudas curaran con baños de asiento y fibra, con o sin lidocaína tópica. El objetivo del manejo es disminuir el tono del esfínter anal y lograr así la curación. Los nitratos tópicos llevan a tasas de curación de fisuras anales crónicas en 50%. Mas de la mitad de las fisuras que curan con nitratos tienen recurrencias. Los nitratos tópicos más usados son dinitrato de isosorbide y trinitrato glicerol. También se utiliza los bloqueadores de los canales de calcio tópicos. El nifedipino producen curación del 95% en 21 días, también se ha demostrado con manometría que disminuye el 30% de la presión de reposo. Cuando hay falla en el tratamiento médico o tópico tenemos otra opción que es la inyección de toxina botulínica en el esfínter anal interno el cual tiene tasas de curación de 27-96%. Los efectos secundarios más comunes son incontinencia temporal especialmente a flatos, que puede ocurrir hasta un 18% de los pacientes. Sin embargo, se ha demostrado que este tratamiento no es superior a los medicamentos tópicos. ^(1,16)

ESFINTEROTOMIA LATERAL INTERNA:

Es el tratamiento quirúrgico de elección para fisuras anales crónicas. Múltiples estudios randomizados han demostrado su superioridad antes los nitratos, los bloqueadores de los canales de calcio y bótox. La esfinterotomía tiene tasas de curación del 88-100% pero se asocia a incontinencia en un 8 a 30% de los casos. La mayoría de estos casos es una incontinencia transitoria y no se sobrepasa de los dos meses. Se observa incontinencia mayor de dos meses del 3 al 7%. Las tasas de recurrencia varían del 0-15%. La esfinterotomía se considera la primera línea de tratamiento quirúrgico en pacientes sin trauma obstétrico previo, enfermedad inflamatoria intestinal, cirugía anorrectal previa o lesión de esfínteres. La técnica tradicional menciona que se

debe hacer la esfinterotomía hasta la línea dentada, en la actualidad se realiza hasta proximal a la fisura tratando de preservar la mayor cantidad de esfínter anal. Entre más esfínter se corte es mayor el riesgo de incontinencia y menor la probabilidad de recurrencia. No hay diferencia entre la esfinterotomía abierta o cerrada en cuanto a resultados. Se puede realizar para fisuras recurrentes si se realiza en el lado contralateral. ^(1,6,15,16)

AVANCE DE COLGAJO:

Son la primera línea de tratamiento para fisuras anales crónicas asociadas con presiones anales normales o bajas. Se ha demostrado tasas de curación del 88-100%, con una tasa de incontinencia baja del 0-6%. Con probabilidad de recurrencia del 6%, comúnmente en otro sitio diferente a la inicial. Se ha asociado a falla en el tratamiento o presentación de complicaciones de un 5-11% de los casos. Los pacientes también pueden desarrollar descarga mucosa, irritación perianal si se llega a presentar un ectopión. Esta técnica se puede combinar con el uso de bótox o la esfinterotomía para mejorar resultados. ^(1,16)

FISUROTOMIA Y FISURECTOMIA:

Muchas fisuras tienen trayectos subcutáneos que se extienden distalmente desde la fisura crónica hasta el pliegue cutáneo centinela. La fisurotomía consiste en incidir en ese trayecto para liberar la piel perianal creando así un ensanchamiento del conducto anal. La herida se deja abierta y se espera que cierre por segunda intención. La fisurotomía tiene tasa de resolución de los síntomas en un 98%, con un 2% llegando a requerir esfinterotomía. La fisurectomía consiste en la escisión de la herida de la fisura crónica más curetaje y escisión del pliegue centinela si hubiera. Esta técnica está asociada a 3% de recurrencia y a 6% de incontinencia. Si se combina con dinitrato de isosorbide tópico se asocia a curación del 100% en 10 semanas sin presentar recurrencia. Si se asocia a uso de bótox se presenta tasas de curación de 93% en 16 semanas con mejoría de la sintomatología en todos los pacientes. También se han descrito otras complicaciones como retención urinaria en un 4%, sangrado en 4.6%, formación de hematoma en 6.1%, y en menor grado puede ocurrir infección del sitio quirúrgico o retraso en la curación. ^(1,6,14)

Parte de la valoración de los procedimientos quirúrgicos se basa en la probabilidad de que ocurra un evento adverso derivado del mismo a lo que llamamos complicación quirúrgica, es así como en 1992 se crea un consenso para poder definir las complicaciones postoperatorias y estratificar su severidad, dependiendo de la complejidad del tratamiento requerido para poder tratarlas, es así que nace la Clasificación de Clavien Dindo. Esta estratifica las complicaciones en cinco a siete grados así: Grado I: cualquier desviación del curso normal del postoperatorio que no amerite tratamiento farmacológico, quirúrgico, endoscópico o radiológico. Se permite tratamiento tales como: antieméticos, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, electrolitos, fisioterapia o infecciones de herida que se puedan drenar en cama. Grado II: incluye complicaciones que requieran igual tratamiento que las del grado I pero además transfusiones sanguíneas o nutrición parenteral total. Grado III: son complicaciones que requieren manejo quirúrgico, endoscópico o radiológico. Se pueden subdividir en IIIa si no amerita uso de anestesia general y IIIb si requiere anestesia general. Grado IV: complicaciones que amenazan la vida del paciente que amerita uso de terapia crítica. Se subdivide en IVa cuando hay disfunción de un órgano y IVb cuando hay disfunción múltiple de órganos. Grado V son las complicaciones que provocan la muerte del paciente. ⁽¹⁷⁾ Las complicaciones derivadas de las cirugías anorrectales se clasifican dentro de los primeros tres grados de esta clasificación.

La cirugía proctológica se puede clasificar de muchas maneras como por ejemplo las cirugías anorrectales simples como las hemorroidectomías, ligadura con banda elástica esfinterotomía lateral interna drenaje de abscesos y fistulotomía sencilla. O puede ser compleja como esfinteroplastia, hemorroidectomías circunferenciales, colgajos mucosos u otras como las cirugías de prolapso rectal. Las complicaciones postoperatorias las podemos clasificar como precoces si

ocurre en los primeros 30 días del postoperatorio o tardías si excede este tiempo. Hay estudios que reportan que la incidencia de complicaciones precoces y tardías en las cirugías anorrectales simples oscila entre el 0 y el 3%. Mientras que en las cirugías complejas las complicaciones precoces oscilan entre 0-35.71%, mientras que las tardías del 0 hasta un 10.71%. (7)

Las complicaciones postoperatorias se pueden definir como un evento no relacionado al propósito del evento quirúrgico resultado no intencionado que causan desviación del curso ideal del postoperatorio, induciendo un cambio en el tratamiento del paciente. Siendo las complicaciones precoces más frecuentes: hemorragia que es la presencia de sangrado directo tipo goteo o chorro, constante o indirecto que se presenta como manchado de apósito persistente a través de la herida quirúrgica en el anodermo que puede ser inmediata si ocurre en las primeras 24 horas o tardía en el 6 al 12 día postoperatorio. Si es inmediato se debe realizar ligadura por transfijión del vaso sangrante comúnmente en quirófano, si es tardía y es un sangrado profuso deberá evaluarse bajo anestesia y realizar ligadura del vaso sangrante. El dolor excesivo se define como la presencia derivada del acto quirúrgico en que la administración de analgésicos continúa siendo necesaria al término de la primera semana postoperatoria en que el dolor ya debe ser moderado a leve; puede ser secundario a resección excesiva heridas defectuosas o infección concomitante, estreñimiento o diarrea, impactación fecal, nerviosidad del enfermo o sensibilidad aumentada del paciente. La retención urinaria aguda es la incapacidad del vaciamiento voluntario del contenido vesical por vía uretral, que amerita cateterismo antiséptico intermitente; puede ser por espasmo del esfínter uretral, debido al dolor postoperatorio, distensión vesical por exceso de soluciones parenterales, deambulaci3n tardía, en pacientes mayores por hipertrofia prostática. La infecci3n del sitio quirúrgico es cuando hay presencia de cambios inflamatorios como ser edema, eritema, dolor severo y producci3n de pus en la herida quirúrgica por la colonizaci3n de agentes infecciosos en dicha zona; en casos severos puede llevar a la formaci3n de abscesos o sepsis. La impactaci3n fecal es el retardo de la evacuaci3n intestinal en pacientes operados de cirugía anorrectal despu3s de las 72 horas del postoperatorio, se identifica en el tacto rectal como la presencia de una masa fecal dura que llena el ámpula rectal y se asocia a dolor anal severo, que amerita la necesidad de desimpactaci3n fecal manual o mediante enemas. La incontinencia fecal es la complicaci3n más seria y molesta para el paciente. El conducto anal requiere la integridad del complejo esfinteriano, su funci3n neuromuscular, cualquier daño a estas estructuras provocara la incapacidad de controlar la evacuaci3n, lo que provoca la salida involuntaria de gases, heces liquida o sólidas, en muchos casos provoca la necesidad de uso de protector y puede afectar la calidad de vida de los pacientes; se puede clasificar como leve moderada o severa, hay muchas escalas para su medici3n dentro de las utilizadas es la de Jorge-Wexner en la cual se clasifica seg3n su puntaje siendo del 1-8 como incontinencia leve, 9-16 moderada y 17 a 20 severa. La dehiscencia de herida se define como la fractura homeostática entre la tensi3n de la herida sobre la fuerza de los tejidos del anodermo, la calidad de los mismos y la fuerza tensil de la sutura utilizada, así como la seguridad de los nudos y de la técnica quirúrgica utilizada.

Las complicaciones tardías más comunes son: estenosis anal que es la perdida de la elasticidad del conducto anal por la sustituci3n de tejido conectivo fibroso, provocando estrechez de la luz. Puede clasificarse como leve si pasa con dificultad el dedo índice o rectosigmoidoscopio de 19mm, moderada si hay paso forzado del dedo índice o un rectosigmoidoscopio de 13 mm pero no el de 19mm y severa si no hay paso del dedo meñique o rectosigmoidoscopio de 13mm; puede deberse a resecci3n excesiva de tejido, diarrea prolongada o falta de dilataci3n, se manifiesta tardíamente ya realizada la cicatrizaci3n. La fisura anal es una soluci3n de continuidad del epitelio de la mucosa anal que se extiende en el sitio de la herida quirúrgica; sus causas se desconocen, pero la resecci3n excesiva de tejido, infecciones, el espasmo del esfínter juegan un papel importante. La fístula anal se define como una comunicaci3n anormal mediante un trayecto epitelizado entre el conducto anal y la piel perianal, en el sitio de la herida quirúrgica comúnmente por una cicatrizaci3n anormal, rápida formando un puente cutáneo sobre la herida; se produce comúnmente por heridas

irregulares y bordes cutáneos elevados, mal cuidado en el periodo postoperatorio, cicatrización en falso. Los colgajos cutáneos es una secuela postoperatoria común, es el crecimiento anormal o excesivo de la piel en la zona anal o perianal que suelen ser asintomáticos o provocar molestias como prurito anal, incapacidad para aseo adecuado o bien molestias estéticas. El ectropión es la exposición de la mucosa anorrectal secundaria a eversión de la misma provocando ano húmedo o irritación de la piel perianal por descarga mucosa incontrolada. El retraso de la cicatrización es la reparación anómala de una herida en la que esta no se cierra por completo o no se sustituye la superficie de la herida por tejido fibroso evitando que esta cierre. En las cirugías anorrectales se espera una cicatrización completa en las primeras 6 a 8 semanas del postoperatorio. La recidiva es la reaparición de la patología tratada poco después del periodo de convalecencia. ⁽¹⁸⁾

En nuestro país hay poca literatura publicada respecto a la frecuencia de las complicaciones de la cirugía anorrectal. En el año 2013 se publica una tesis sobre la evolución clínica del drenaje de absceso anal en el servicio de coloproctología del Hospital General de México, reportando como complicación la formación de fístula anal en 37.2%, recurrencia del absceso en 2.9%. ⁽²¹⁾ En el año 2016 se publicó una tesis que reporta el manejo quirúrgico y evolución de la fisura anal, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, reportando la presencia de complicaciones: retraso en la cicatrización en 10.8%, incontinencia anal en 29.4%, seno anal 2.7%. ⁽²⁰⁾ En el año 2017 se publicó una tesis que describe las principales complicaciones de pacientes sometidos a hemorroidectomía con técnica de Ferguson en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos reportando ectropión en 6%, dehiscencia de herida, dolor e impactación fecal, fístula, incontinencia, retraso en la cicatrización, seno anal todas con incidencia del 2%. ⁽¹⁹⁾ Aunque se han publicado tesis sobre temas aislados, este es el primer estudio que se hace que describa las complicaciones de toda la cirugía anorrectal benigna.

VIII. RESULTADOS

Obtuvimos datos de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas, y frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas. La base de datos se analizó utilizando el programa SPSS Versión 25.0 para Windows 10 (IBM, Armonk, NY, EE. UU.)

Se estudiaron 246 pacientes que fueron intervenidos de cirugía anorrectal con una edad promedio de 51.67 ± 11.64 años, de los cuales 89 (36.2%) son mujeres con una edad promedio de 52.09 ± 12.45 años y 157 (63.8%) son hombres con una edad promedio de 52.17 ± 11.19 años. Las características de los pacientes estratificados por el tipo de procedimiento se muestran en la tabla 1. El procedimiento más frecuentemente realizado fue la hemorroidectomía cerrada 99 (40.2%), seguidas de la fistulectomía 59 (24%), drenaje de absceso 35 (14.3%), fisurectomía + esfinterotomía lateral interna parcial izquierda (ELIPI) 30 (12.2%), fistulotomía 20 (8.1%), avance del colgajo endorrectal 3 (1.2%). Ver gráfico 1. La mayoría de los pacientes provienen de la zona urbana 215 (87.4%) y la escolaridad más frecuente es la preparatoria 78 (31.7%).

Las características de la muestra dividida por las complicaciones se muestran en la tabla 2. Del total de pacientes se obtuvieron 57 (23.2%) complicaciones, de las cuales la más frecuente fue la incontinencia anal leve 27 (11%), seguida de retraso de la cicatrización 11 (4.6%), fístula anal 6 (2.4%), dolor excesivo 3 (1.2%), incontinencia anal moderada 3 (1.2%), colgajo cutáneo 3 (1.2%), recidiva 2 (0.8%) e impactación fecal 2 (0.8%). Ver gráfico 2 y 3. Solo 18 (31.57%) pacientes que presentaron alguna complicación tenían antecedente de cirugía proctológica. La comorbilidad asociada a los pacientes que presentaron alguna complicación, más frecuente, fue la hipertensión arterial en 8 (14.1%) pacientes. De los pacientes que presentaron alguna complicación la mayoría eran obesos 25 (43.9%), y la complicación más frecuentemente presentada en estos pacientes fue la incontinencia fecal leve 12 (44.4%). La mayoría de los pacientes que presentaron alguna complicación tenían al menos un antecedente de consumo de alcohol o tabaquismo 49 (84.2%).

Se realizó una división de las características de los pacientes por diagnóstico postoperatorio que se muestra en la tabla 3. El diagnóstico mayormente realizado fue la enfermedad hemorroidal no complicada 65 (26.4%), seguida de la fístula anal simple 64 (26%), enfermedad hemorroidal complicada 34 (13.8%), fisura anal crónica 28 (11.5%), fístula anal compleja 18 (7.3%), absceso isquiorrectal 14 (5.7%), absceso interesfintérico 13 (5.3%), absceso en herradura 4 (1.6%), fisura anal aguda 2 (0.8%), absceso perianal 2 (0.8%) y absceso supraelevador 2 (0.8%).

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ESTRATIFICADA POR PROCEDIMIENTOS.

	General (n=246)	Hemorroidectomía cerrada (n=99)	Fistulectomía (n=59)	Drenaje de absceso (n=35)	Fisurectomía + ELIPI (n=30)	Fistulotomía (n=20)	Avance de colgajo endorrectal (n=3)
Mujer No. (%)	89 (36.2)	48 (48.5)	12 (20.3)	4 (11.4)	18 (60)	7 (35)	0 (0)
Hombre No. (%)	157 (63.8)	51 (51.5)	47 (79.7)	31 (88.6)	12 (40)	13 (65)	3 (100)
Edad (años)	51.67 ± 11.64	53.73 ± 12.13	50.15 ± 11.71	49.09 ± 11.99	51.89 ± 10.64	49 ± 9.7	51 ± 7
Procedencia – No. (%)							
Urbana	215 (87.4)	87 (87.9)	51 (86.4)	30 (85.7)	28 (93.3)	16 (80)	3 (100)
Rural	31 (12.6)	12 (12.1)	8 (13.6)	5 (14.3)	2 (6.7)	4 (20)	0 (0)
Escolaridad – No. (%)							
Primaria	20 (8.1)	5 (5.1)	7 (11.9)	3 (8.6)	2 (6.7)	3 (15)	0 (0)
Secundaria	68 (27.6)	28 (28.3)	9 (15.3)	12 (34.3)	11 (36.7)	8 (40)	0 (0)
Preparatoria	78 (31.7)	33 (33.3)	19 (32.2)	8 (22.9)	9 (30)	6 (30)	3 (100)
Universidad	74 (30.1)	30 (30.3)	24 (40.7)	13 (37.1)	4 (13.3)	2 (10)	0 (0)
Complicaciones – No. (%)							
Complicaciones No. (%)	57 (23.2)	11 (11.1)	20 (33.9)	10 (28.6)	10 (33.3)	4 (20)	2 (66.7)
Retraso de la cicatrización	11 (4.6)	2 (2)	2 (3.4)	4 (11.4)	3 (10)	0 (0)	0 (0)
Impactación fecal	2 (0.8)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Incontinencia anal leve	27 (11)	2 (2)	14 (23.7)	1 (2.9)	4 (13.3)	4 (20)	2 (66.7)
Incontinencia anal moderada	3 (1.2)	1 (1)	1 (1.7)	1 (2.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Colgajo cutáneo	3 (1.2)	2 (2)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Recidiva	2 (0.8)	1 (1)	1 (1.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Fístula anal	6 (2.4)	0 (0)	1 (1.7)	4 (11.4)	1 (3.3)	0 (0)	0 (0)
Dolor excesivo	3 (1.2)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (6.7)	0 (0)	0 (0)
Variables cuantitativas expresadas con media y desviación estándar, y variables cualitativas con frecuencia y porcentaje.							

TABLA 2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ESTRATIFICADA POR COMPLICACIONES.

	General (n=57)	Incontinencia anal leve (n=27)	Retraso de la cicatrización (n=11)	Fístula anal (n=6)	Dolor excesivo (n=3)	Incontinencia anal moderada (n=3)	Colgajo cutáneo (n=3)	Recidiva (n=2)	Impactación fecal (n=2)
Mujer No. (%)	17 (29.8)	10 (37)	2 (18.2)	0 (0)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (66.6)	1 (50)	0 (0)
Hombre No. (%)	40 (70.2)	17 (63)	9 (81.8)	6 (100)	2 (66.6)	2 (66.6)	1 (33.3)	1 (50)	2 (100)
Edad (años)	50.75 ± 11.76	50.07 ± 9.8	50.45 ± 12.25	44.83 ± 8.97	56 ± 2.64	55 ± 13	69.67 ± 16.62	3050 ± 3.53	57 ± 9.89
Comorbilidades – No. (%)									
Diabetes mellitus No. (%)	6 (10.5)	2 (7.4)	1 (9.1)	1 (16.7)	0 (0)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0)	0 (0)
Hipertensión arterial No. (%)	8 (14.1)	9 (33.3)	1 (9.1)	1 (16.7)	2 (66.6)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0)	0 (0)
Hábitos tóxicos – No. (%)									
Alcoholismo No. (%)	21 (36.8)	5 (18.5)	5 (45.5)	3 (50)	2 (66.6)	2 (66.6)	1 (33.3)	1 (50)	1 (50)
Tabaquismo No. (%)	27 (47.4)	13 (48.1)	7 (63.6)	1 (16.7)	2 (66.6)	2 (66.6)	0 (0)	0 (0)	2 (100)
Antecedente quirúrgico proctológico No. (%)	18 (31.57)	7 (28)	1 (9.1)	4 (66.7)	0 (0)	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (50)	1 (50)
IMC – No. (%)									
Normal	8 (14)	6 (22.2)	1 (9.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (50)
Sobrepeso	22 (38.6)	7 (25.9)	3 (27.3)	5 (83.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	2 (66.6)	1 (50)	1 (50)
Obesidad	25 (43.9)	12 (44.4)	7 (63.6)	1 (16.7)	1 (33.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (50)	0 (0)
IMC: índice de masa corporal. Variables cuantitativas expresadas con media y desviación estándar, y variables cualitativas con frecuencia y porcentaje.									

TABLA 3 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ESTRATIFICADA POR DIAGNÓSTICO.

	Enfermedad hemorroidal no complicada (n=65)	Fístula anal simple (n=64)	Enfermedad hemorroidal complicada (n=34)	Fisura anal crónica (n=28)	Fístula anal compleja (n=18)	Absceso isquirorrectal (n=14)	Absceso interesfintérico (n=13)	Absceso en herradura (n=4)	Fisura anal aguda (n=2)	Absceso perianal (n=2)	Absceso supraelevador (n=2)
Mujer No. (%)	33 (50.8)	10 (15.6)	15 (44.1)	17 (60.7)	9 (50)	3 (21.4)	0 (0)	1 (25)	1 (50)	0 (0)	0 (0)
Hombre No. (%)	32 (49.2)	54 (84.4)	19 (55.9)	11 (39.3)	9 (50)	11 (78.6)	13 (100)	3 (75)	1 (50)	2 (100)	2 (100)
Edad (años)	54.34 ± 11.56	51.81 ± 9.75	52.53 ± 13.26	51.36 ± 10.88	47.06 ± 12.53	49.19 ± 13.09	48.77 ± 9.67	53.25 ± 12.28	58 ± 0	67 ± 4.24	55.5 ± 3.53
Diabetes mellitus No. (%)	3 (4.61)	3 (4.7)	2 (5.88)	3 (10.7)	1 (5.4)	3 (21.4)	3 (23.1)	2 (50)	0 (0)	0 (0)	1 (50)
Hipertensión arteria No. (%)	15 (23.07)	13 (20.3)	3 (8.82)	6 (21.4)	1 (5.6)	3 (21.4)	1 (7.7)	1 (25)	2 (100)	1 (50)	0 (0)
Antecedente quirúrgico proctológico No. (%)	5 (7.69)	21 (32.8)	0 (0)	1 (3.6)	16 (88.88)	4 (28.6)	3 (23.1)	2 (50)	1 (50)	0 (0)	1 (50)
IMC – No. (%)											
Normal	19 (29.2)	16 (25)	8 (23.5)	7 (25)	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)	1 (50)	1 (50)
Sobrepeso	31 (47.7)	23 (35.9)	16 (47.1)	12 (42.9)	10 (55.6)	9 (64.3)	8 (61.5)	0 (0)	1 (50)	1 (50)	1 (50)
Obesidad	14 (20)	23 (35.9)	10 (29.4)	9 (32.3)	7 (38.9)	5 (35.7)	4 (30.8)	4 (100)	1 (50)	0 (0)	0 (0)
Tiempo de atención – No. (%)											
1-6 meses	29 (44.6)	40 (62.5)	26 (76.5)	13 (46.4)	12 (66.7)	12 (85.7)	12 (92.3)	4 (100)	1 (50)	2 (100)	1 (50)
6-12 meses	21 (32.3)	16 (25)	2 (5.9)	7 (25)	2 (11.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Mayor a 12 meses	15 (23.1)	8 (12.5)	6 (17.6)	8 (28.6)	4 (22.2)	2 (14.3)	1 (7.7)	0 (0)	1 (50)	0 (0)	1 (50)
IMC: índice de masa corporal. Variables cuantitativas expresadas con media y desviación estándar, y variables cualitativas con frecuencia y porcentaje.											

GRAFICO 1. FRECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS

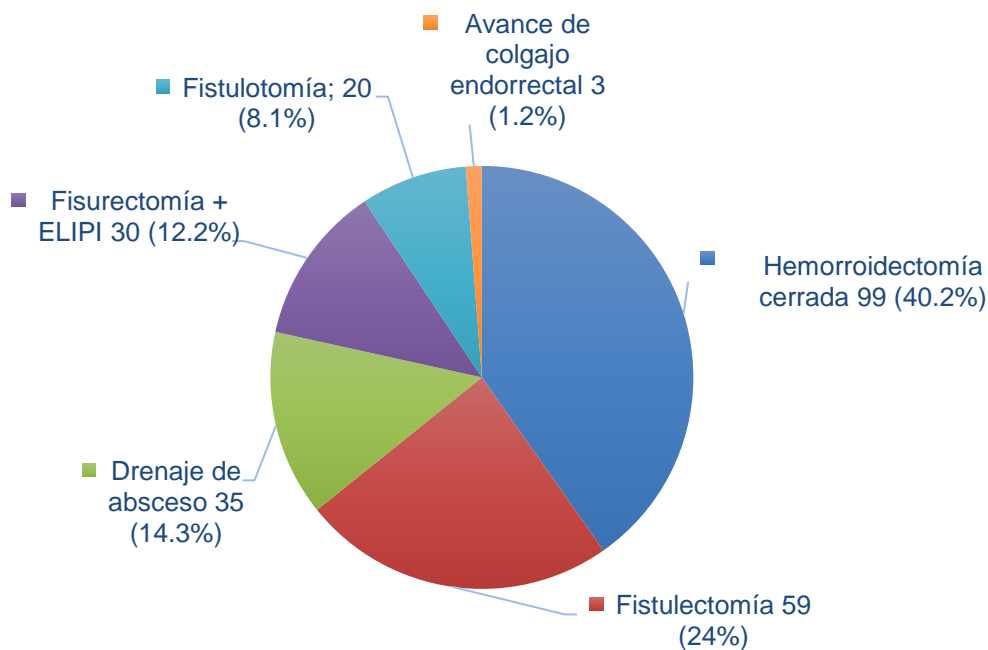


GRAFICO 2. FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES

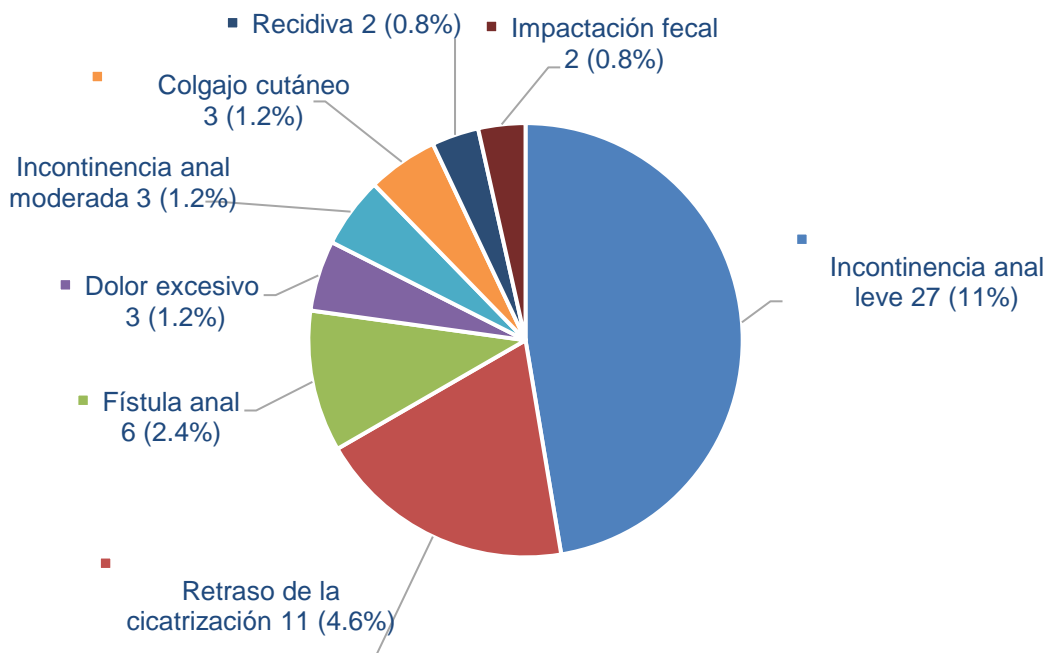
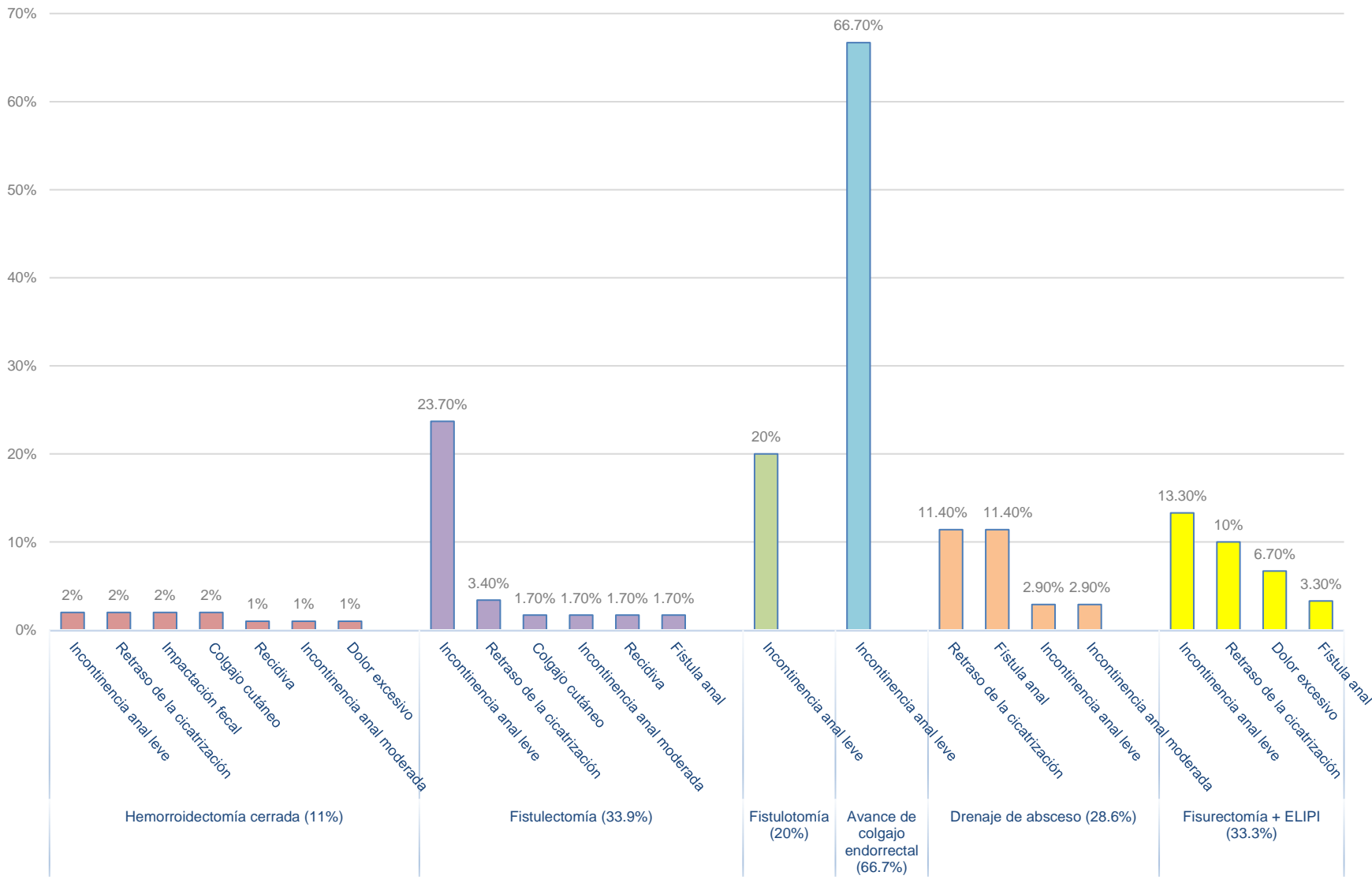


GRAFICO 3. FRECUENCIA DE COMPLICACIONES SEGUN PROCEDIMIENTO REALIZADO



IX. DISCUSIÓN

La patología anorrectal es un problema muy frecuente de salud que afecta de manera importante la calidad de vida de las personas. Son patologías que en la mayoría de los casos se deben tratar quirúrgicamente. La cirugía anorrectal requiere de ciertos cuidados como el respeto de los lineamientos del manejo de los tejidos, selección adecuada del material de sutura, selección apropiada del procedimiento quirúrgico para cada tipo de paciente, así como la práctica de una técnica quirúrgica correcta, para solucionar la patología que se presenta.

Parte de la valoración de los procedimientos quirúrgicos se basa en la probabilidad de que ocurra un evento adverso derivado del mismo a lo que llamamos complicación postoperatoria, que también la podemos definir como un suceso no relacionado al propósito del evento quirúrgico, resultado no intencionado que causa desviación del curso ideal del postoperatorio. La cirugía anorrectal no está exenta de presentarse complicaciones dentro de las cuales las más frecuentes son: hemorragia, dolor excesivo, retención urinaria aguda, retraso de la cicatrización, infección del sitio quirúrgico, impactación fecal, estenosis anal, incontinencia anal, dehiscencia de herida, fisura anal, fístula anal, colgajos cutáneos, ectropión, recidiva de la patología tratada. ⁽¹⁸⁾

En nuestro estudio se encontró que de los pacientes operados de hemorroidectomía cerrada el 11.1% presentó alguna complicación, las cuales fueron: incontinencia anal leve en 2%, retraso de la cicatrización 2%, impactación fecal 2%, colgajo cutáneo 2%, recidiva 1%, incontinencia anal moderada 1% y dolor excesivo en 1%. Gardner et al, reporta en su estudio tasas de sangrado postoperatorio del 5%, retención urinaria en 33% de los pacientes, estenosis anal en un 5% y alteración de la continencia que varía desde 0-28%. ^(1,8) En nuestro estudio no se presentó ningún paciente con sangrado inmediato ni tardío, ni pacientes con estenosis anal, esto puede deberse a que en nuestra institución dentro de los pasos críticos cuando realizamos una hemorroidectomía es la ligadura adecuada del pedículo vascular, la resección mínima de tejido del anodermo y la adecuada liberación de los alerones de la herida y del tejido hemorroidal accesorio lo que provoca un cierre sin tensión de la herida. La incidencia de incontinencia está dentro del rango reportado en la literatura internacional. En un estudio publicado por Gallo et al, reporta recurrencia del 2-8% de los pacientes y presencia de dolor excesivo hasta un 6%. ⁽⁹⁾ En nuestro estudio se reporta recurrencia inferior, debido a que todos los pacientes intervenidos de hemorroidectomía por protocolo se realiza la resección de los 3 paquetes hemorroidales principales, en cuanto a la tasa de dolor postoperatorio en nuestra institución se cumplen con los protocolos de manejo del mismo de las guías internaciones, se ha sistematizado la técnica quirúrgica, y el adecuado manejo de los tejidos.⁽⁹⁾ En el año 2017 se publica una tesis en nuestra institución que describe las complicaciones de los pacientes intervenidos de hemorroidectomía reportando: ectropión en 6%, dehiscencia de herida, dolor excesivo, impactación fecal, incontinencia anal, retraso de la cicatrización y formación de seno anal, todas, con incidencia del 2%. ⁽¹⁹⁾ No se ha vuelto a reportar ectropión como complicación en nuestra institución debido a que se ha optado por realizar técnicas quirúrgicas con menor morbilidad como la técnica cerrada de Ferguson.

De los pacientes operados de fistulectomía el 33.9% presentaron alguna complicación, la frecuencia de estas fueron: incontinencia anal leve en 23.7%, retraso de la cicatrización 3.4%, colgajo cutáneo 1.7%, incontinencia anal moderada 1.7%, recidiva 1.7%, fístula anal 1.7%. Se realizó una búsqueda exhaustiva en la literatura sin embargo no hay datos que reporten complicaciones de pacientes operados de fistulectomía, puede deberse a que la mayoría de centros realizan procedimientos más conservadores por los riesgos de incontinencia anal, sin embargo, nuestra tasa de incontinencia anal leve de 23.7%, y de incontinencia anal moderada de 1.7% estando por debajo de lo reportado en procedimientos más conservadores como la

fistulotomía.

Pacientes a los que se les realizó fistulotomía, el 20% presentó alguna complicación la cual fue: incontinencia anal leve en 20% de los casos. Gardner y Amato reportan tasas de incontinencia desde 0 hasta un 73% de los casos y recurrencia a 3 años del 7% de los pacientes. ^(1,11) La mayoría de los pacientes intervenidos por fistula anorrectal en nuestra institución se les realiza fistulectomía, sin embargo, las complicaciones de la fistulotomía están dentro de lo reportado en la literatura internacional, presentándose en nuestro estudio solamente casos de incontinencia anal leve, evaluado mediante la escala de incontinencia anal de clínica Cleveland. No se reportó casos de recurrencia. ⁽¹⁸⁾

De los pacientes intervenidos de avance de colgajo endorrectal, el 66.7%, presentaron alguna complicación, de estas: la incontinencia anal leve se presentó en 66.7% de los casos. Sneider, reporta tasas de incontinencia leve a moderada que varía del 7 al 38% y tasa de recurrencia del 13 al 56%. ⁽⁴⁾ Si bien la tasa de incontinencia en nuestro estudio fue de 66.7%, todos los casos fueron de incontinencia leve sin presentar recurrencias al tiempo de seguimiento que fue de dos 2 años. Cabe mencionar que todos los pacientes que presentaron incontinencia anal tenían el antecedente de consumo de tabaquismo y presentaban sobrepeso al momento de su intervención quirúrgica.

De los pacientes a los que se realizó drenaje de absceso, el 28.6% de estos presentó alguna complicación, las cuales fueron: retraso de la cicatrización en 11.4%, formación de fístula en 11.4%, incontinencia anal leve en 2.9% e incontinencia anal moderada en 2.9%. Gardner, reportó que la principal complicación de este procedimiento es el desarrollo de fístula que varía desde un 30 a 50%. Mientras que otras series reportan que puede llegar hasta el 83% de los casos, con una tasa de recurrencia del 3 al 44% de los pacientes. ^(1,4) En el año 2013 se publica una tesis en el Hospital General de México reportando como complicaciones, la formación de fístula en un 37.2% y recurrencia del absceso en 2.9% de los casos. ⁽²¹⁾ En nuestro estudio se reporta una tasa de formación de fistulas inferior a estas series, debido a que todos los pacientes reportados en nuestro estudio se les realizó este procedimiento en quirófano dentro del cual aparte de realizar el drenaje adecuado del absceso se les realiza concomitantemente criptectomía y/o fistulectomía primaria y según lo reportado en la literatura cuando se combinan estos procedimientos se reduce la formación de fístula y recurrencia hasta en un 83% de los casos. ⁽¹⁾

De los pacientes intervenidos de fisurectomía + ELIPI, el 33.3% de estos presentaron alguna complicación, de estas, las mas frecuentes fueron: incontinencia anal leve en 13.3%, retraso de la cicatrización 10%, dolor excesivo en 6.7% y fístula anal en 3.3%. Gardner, Higuero y Nelson reportaron en su estudio tasas de incontinencia desde el 8 al 30%, con tasas de recurrencia del 0 al 15%. ^(1,6,15,16) En nuestro estudio se reporto tasas de incontinencia similar a lo reportado en la literatura, sin presentar recurrencia en ningún paciente. En el año 2016 se publicó una tesis realizada en nuestra institución reportando como complicaciones postoperatorias: retraso de la cicatrización en el 10.8%, incontinencia anal en 29.4% y formación de seno anal en 2.7% de los casos. ⁽²⁰⁾ Hemos observado una disminución en las tasas de incontinencia en nuestra institución debido a que se ha sistematizado en la técnica quirúrgica, que, en vez de realizar una disección completa del esfínter anal interno de longitud parcial, se realiza una esfínterotomía de grosor parcial en la longitud del esfínter anal interno (sección del pecten), con lo que se ha obtenido resultados satisfactorios como ausencia de recurrencias y disminución de la incontinencia postoperatoria. Por lo cual una buena medida de práctica para la realización de la esfínterotomía es la sección del esfínter ajustada a medida de lo que el paciente requiere.

Cabe destacar que menos de la mitad de los pacientes 31.57%, que presentaron alguna complicación tenían antecedente de cirugía proctológica. La comorbilidad asociada de manera global que se presentó con más frecuencia fue la hipertensión arterial. La mayoría de los pacientes que presentaron alguna complicación eran obesos (43.9%), y de estos la complicación más frecuente fue la incontinencia anal leve en 44.4%. La mayoría de los pacientes que presentaron alguna complicación tenían al menos un antecedente de consumo de alcohol o tabaquismo en 84.2%.

X. CONCLUSIONES

La cirugía anorrectal realizada con una adecuada técnica quirúrgica, con manejo cuidadoso del tejido anorrectal, con materiales quirúrgicos adecuados y la selección adecuada del procedimiento quirúrgico para la patología a tratar, aun así, no está exenta de complicaciones postoperatorias. Es importante en toda institución sistematizar y homogenizar tanto los tratamientos quirúrgicos como el manejo perioperatorio de estos pacientes para lograr el mayor éxito con la menor tasa de morbilidad posible.

Se debe estudiar adecuadamente cada patología anorrectal a tratar, así como identificar los factores de riesgo previo a la realización de un procedimiento anorrectal, que nos pueden condicionar la incidencia de una complicación o el agravamiento de una condición preexistente.

El complejo esfinteriano debe ser manipulado con mucho cuidado, respetando la técnica quirúrgica, los planos de disección, evitando así cualquier exceso de resección o involucro del mismo que puede llegar a comprometer su función.

El manejo gentil, la sutura sin tensión, manipulación mínima, respeto de los planos de disección, hemostasia adecuada, disminución de la probabilidad de infección, son factores importantes para tener una buena cicatrización disminuyendo así el impacto en las complicaciones tempranas.

En el estudio y manejo perioperatorio de todo paciente con patología anorrectal es indispensable el adecuado tratamiento del dolor y una comunicación directa y asertiva con el equipo de trabajo, llámese médicos anesestesiólogos, personal de enfermería, entre otros.

En centros de cirugía especializada se logra una disminución de las complicaciones perioperatorias debido al manejo sistematizado de las intervenciones quirúrgicas, educación al personal de atención, homogeneidad de las técnicas quirúrgicas, logrando así mejores resultados postoperatorios como es el caso de no presentar estenosis anal, hemorragias postoperatorias, retención aguda de orina, entre otras.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Gardner IH, Siddharthan RV, Tsikitis VL. Benign anorectal disease: hemorrhoids, fissures, and fistulas. *Ann Gastroenterol*. 2020 Jan-Feb;33(1):9-18. doi: 10.20524/aog.2019.0438.
2. Sandler RS, Peery AF. Rethinking What We Know About Hemorrhoids. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019 Jan;17(1):8-15. doi: 10.1016/j.cgh.2018.03.020.
3. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. *Am Fam Physician*. 2018 Feb 1;97(3):172-179. PMID: 29431977
4. Sneider EB, Maykel JA. Anal abscess and fistula. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013 Dec;42(4):773-84. doi: 10.1016/j.gtc.2013.08.003.
5. Włodarczyk M, Włodarczyk J, Sobolewska-Włodarczyk A, Trzciński R, Dziki Ł, Fichna J. Current concepts in the pathogenesis of cryptoglandular perianal fistula. *J Int Med Res*. 2021 Feb;49(2):300060520986669. doi: 10.1177/0300060520986669.
6. Higuero T. Update on the management of anal fissure. *J Visc Surg*. 2015 Apr;152(2 Suppl):S37-43. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2014.07.007.
7. Lledo Matoses S, Lopez Mozos F, Jimenez Vicente E. Complicaciones de la cirugía proctológica. *Cir Esp*. 2001;69:257-260.
8. Ng KS, Holzgang M, Young C. Still a Case of "No Pain, No Gain"? An Updated and Critical Review of the Pathogenesis, Diagnosis, and Management Options for Hemorrhoids in 2020. *Ann Coloproctol*. 2020 Jun;36(3):133-147. doi: 10.3393/ac.2020.05.04.
9. Gallo G, Martellucci J, Sturiale A, Clerico G, Milito G, Marino F, Cocorullo G, Giordano P, Mistrangelo M, Trompetto M. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of hemorrhoidal disease. *Tech Coloproctol*. 2020 Feb;24(2):145-164. doi: 10.1007/s10151-020-02149-1.
10. Lohsiriwat V. Anorectal emergencies. *World J Gastroenterol*. 2016 Jul 14;22(26):5867-78. doi: 10.3748/wjg.v22.i26.5867.
11. Amato A, Bottini C, De Nardi P, Giamundo P, Lauretta A, Realis Luc A, Piloni V. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: SICCR position statement. *Tech Coloproctol*. 2020 Feb;24(2):127-143. doi: 10.1007/s10151-019-02144-1.
12. Sammut M, Skaife P. The management of cryptoglandular fistula-in-ano. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020 Jan 2;81(1):1-9. doi: 10.12968/hmed.2019.0353.
13. Andreou C, Zeindler J, Oertli D, Misteli H. Longterm outcome of anal fistula - A retrospective study. *Sci Rep*. 2020 Apr 16;10(1):6483. doi: 10.1038/s41598-020-63541-3.
14. Boland PA, Kelly ME, Donlon NE, Bolger JC, Larkin JO, Mehigan BJ, McCormick PH. Management options for chronic anal fissure: a systematic review of randomised controlled trials. *Int J Colorectal Dis*. 2020 Oct;35(10):1807-1815. doi: 10.1007/s00384-020-03699-4.
15. Nelson RL. Anal fissure (chronic). *BMJ Clin Evid*. 2014 Nov 12;2014:0407.
16. Beaty JS, Shashidharan M. Anal Fissure. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016 Mar;29(1):30-7. doi: 10.1055/s-0035-1570390.
17. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004 Aug;240(2):205-13. doi: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
18. Charúa GL. Complicaciones de la cirugía anorrectal. *Enfermedades del Ano, Recto y Colon*. 2006;12(1):15-18.
19. Arias Montilla, Mirna María, sustentante Principales complicaciones en pacientes sometidos a hemorroidectomía con técnica de Ferguson y sus factores asociados en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos / 2017.

20. Cerdio Argüello, Pamela, sustentante Fisura anal: manejo quirúrgico y evolución, en el Servicio de Coloproctología del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos / 2016
Rivas Cajina, Adolfo, sustentante Evolución clínica del drenaje de absceso anal en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México en el período 2012 a 2013 / 2013