



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. ANTONIO FRAGA MOURET” CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”

“Resultados a 5 años en el manejo de Fistulas Transesfintéricas Complejas con Técnica Modificada de Avance de Colgajo Endorrectal vs Colocación de Setón en el HE CMN La Raza”

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA

P R E S E N T A :

DRA MARIAM FABIOLA MORGAN VALLECILLO

ASESORES:

DR. MIGUEL ANGEL PICHARDO FARFAN



CD. MX. 2016



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. Jesús Arenas Osuna

Jefe de la División de Educación Médica
UMAE “DR. ANTONIO FRAGA MOURET”
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”

Dr. Blas Franco Miguel

Titular del curso de Coloproctología HECMNR
UMAE “DR. ANTONIO FRAGA MOURET”
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”

Dra Mariam Fabiola Morgan Vallecillo

Médico Residente de Coloproctología

NÚMERO DE REGISTRO: R-2015-3501-132

ÍNDICE

Resumen	4
Summary	5
Antecedentes Científico	6
Material y Métodos	17
Resultados	19
Discusión	33
Conclusiones	35
Bibliografía	36
Anexos	40

RESUMEN

MATERIALES Y METODOS: Diseño: Observacional, retrospectivo, cohorte y abierto. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de fístulas complejas transesfintéricas, con TMACER vs colocación de setón, del 01 de junio de 2009 al 31 de julio 2015 en el departamento de coloproctología. Se registro la edad, sexo, estancia hospitalaria, características del trayecto, complicaciones quirúrgicas, continencia fecal inicial y a los 3 y 6 meses de la cirugía, cicatrización y la recidiva. **ANALISIS ESTADISTICO:** Estadística básica descriptiva, tablas de contingencia 2 x 2 y chi – cuadrada.

RESULTADOS: Se revisaron 52 pacientes, 50% con TMACER y 50% con setón. 76.9 % masculinos y 23.1 femeninos, edad media de 44.50 años. Se encontraron trayecto lineales (69.2%), irregulares (21.2%) y en herradura (9.6%), con longitud media de 6cm. Tiempo medio con setón de 4 meses. Wexner inicial normal en el 96.2% TMACER y el 3.8% con incontinencia leve, sin modificaciones a los 3 y 6 meses, con setón 76.9 % normal y 23.1% con incontinencia leve; a los 3 y 6 meses 2 presentaron incontinencia leve (7.6%), La cicatrización a los 3 meses fue del 53.8% para el setón vs el 61.5% TMACER ($p=0.134$) y la recidiva de 15.4% vs 19.2% respectivamente $p=0.134$.

CONCLUSIONES: En el presente estudio no pudimos comprobar la superioridad de la técnica modificada de colgajo endorrectal vs la colocación de seton , amabas presentan resultados similares en el numero de pacientes con recidiva e incontinencia anal.

PALABRAS CLAVES: Fistula transesfinterica, setón, técnica modificada de colgajo endorrectal (TMACER), incontinencia y recidiva.

SUMMARY

Results Of Five Years In Managing Of Transsphincteric Complex Fistulas With Modified Technique Of Endorectal Advancement Flap Vs Seton In HE CMN La Raza

MATERIALS AND METHODS: Design: Observational, retrospective, cohort and open. Patients with diagnosis of complex fistulas transsphincteric with TMACER vs seton. For the period of June 1, 2009 as of July 31, 2015 in the department of Coloproctology HECMNR. Statistical Analysis: Basic descriptive statistics, contingency tables 2 x 2 and chi - square.

RESULTS: 52 patients were reviewed, 50% with TMACER and 50% with Seton. 76.9% male and 23.1 female, mean age of 44.50 years. linear path (69.2%), irregular (21.2%) and Horseshoe (9.6%), with mean length of 6cm. Seton halftime 4 months. Initial Wexner in patients with TMACER it was normal in the 96.2% and with mild incontinence in 3.8%, unchanged at 3 and 6 months. with seton was normal in 76.9% and 23.1% with mild incontinence. At 3 and 6 months 2 patients showed mild incontinence (7.6%), Healing at 3 months was 53.8% for Seton vs 61.5% TMACER ($p = 0.134$) and recurrence 15.4% vs 19.2%, respectively, ($p = 0.134$).

CONCLUSIONS: In the present study we could not verify the superiority of the modified technique endorectal flap vs Seton, Both they showed similiar results in the number of patients with relapsed and anal incontinence.

KEYWORDS: transsphincteric Fistula, Seton, modified technique endorectal flap (TMACER), incontinence and recurrence.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Las fístulas anales son una enfermedad que ha sido descrita desde principios de la historia médica. Hipócrates, alrededor del año 430 a. C., sugirió que la enfermedad era causada por “las contusiones ocasionadas al cabalgar en las ancas del caballo”; fue la primera persona en sugerir el uso de setón (del latín seta: cerda), él usó una crin de caballo que apretó intermitentemente alrededor del músculo hasta seccionarlo^{1,17}.

El estudio de las fístulas anales durante más de 2.000 años se manifiesta en los numerosos artículos y libros sobre el tema. El 18 de noviembre de 1686, el Rey Sol de Francia, Luis XIV, fue operado de una fístula anal que tenía más de 10 años de evolución por Félix de Tassy, cirujano de la corte, empleando un bisturí llamado “siringotomo”, de borde cóncavo actualmente llamado “Bisturí Real”. De hecho, Salmon estableció un hospital en Londres dedicada al tratamiento de la fístula anal y otras condiciones rectales. ^{1,3, 17, 30.}

Una fístula anal se define como un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto; el orificio localizado en la cripta anal se denomina primario o interno, y el cutáneo, secundario o externo.^{1,2}

Las fístulas perianales son un problema común entre la población general dependiendo de las series, cuya incidencia es el doble en varones que en mujeres.^{2,8}

La causa exacta o mecanismo de formación de una fístula no ha sido completamente aclarada. La teoría más aceptada es la teoría criptoglandular descrita por Parks, que da origen hasta el 95% de fístula de origen inespecífico. Se estima que existen de seis a diez glándulas y sus conductos alrededor del canal anal y entran en la base de las criptas. Parks propuso que un absceso resulta de la obstrucción de las glándulas anales, lo que puede resultar en estasis, infección y la formación de un absceso. Él realizó un estudio detallado sobre 44 especímenes obtenidos post mortem o después de la resección quirúrgica, encontrando en todas

las muestras la presencia de glándulas, las cuales descargan en una cripta anal. En dos tercios de especímenes una o más ramas de la glándula entraron en el esfínter y en la mitad de los casos el tejido glandular cruzó el esfínter interno para terminar en el espacio interesfintérico. ^{1, 2, 6, 16, 17, 30.}

La infección en el espacio interesfintérico emplea diferentes vías de difusión creando los diferentes trayectos fistulosos, la persistencia del epitelio de la glándula anal en parte del tracto entre la cripta y el conducto trae como resultado la formación de una fístula. ^{1, 2, 7, 30}

No está claro por qué ciertos casos de infecciones perianal se limitan a la formación de abscesos mientras otros están asociados con la formación de fístulas. Se estima una tasa de formación de fístulas de 30 a 50% después de un absceso perianal. Desafortunadamente, no hay manera de predecir quién definitiva desarrollará una, o cómo evitar una. Los pacientes a menudo reportar drenaje purulento persistente o formación de abscesos seguidas de descarga espontánea. ^{2, 20,30}

En un menor porcentaje las fístulas anales se asocian con otras condiciones tales como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, hidradenitis supurativa, cirugía previa o radioterapia y carcinoma anal. ^{1, 20}

Clasificación

La clasificación de las fístulas no siempre resulta sencilla. La más usada en los últimos años es la publicada por Parks et al en 1976. Dicha clasificación se basa por un lado en el origen criptoglandular de la infección, que siempre es interesfinteriana, y por otro en la situación del trayecto fistuloso con relación al complejo esfinteriano. ^{1, 2, 6, 18, 20,30.}

Según esto divide las fístulas perianales en:

- **Interesfintéricas:** Las fístulas interesfintericas son las más comunes, ocupando un 45%. El trayecto se sitúa entre el Esfínter anal interno y el Esfínter Anal Externo, sin sobrepasar nunca la barrera del esfínter anal externo (Figura A). ^{1, 30}

- Transesfintéricas: Ocupan el segundo lugar de frecuencia, se presentan hasta en un 30 %. El trayecto atraviesa el Esfínter Anal Interno y el Esfínter Anal Externo a distintos niveles pero siempre por debajo del músculo puborrectal (Figura B). ^{1,2,30}
- Supraesfintéricas: Se presentan en un 20%; el trayecto se dirige hacia arriba, a través del espacio interesfinterico, rodea el borde superior del músculo puborrectal y vuelve a descender atravesando el músculo elevador del ano y el espacio isquiorrectal para llegar a la piel perianal (Figura C). ^{2,30}
- Extraesfintéricas: Su incidencia es baja, aproximadamente ocupan un 5% de todos los casos, El trayecto se encuentra fuera del Complejo esfinteriano, por lo general su origen no es criptoglandular, están asociadas a patología intraabdominal o trauma (Figura D). ^{2,30}

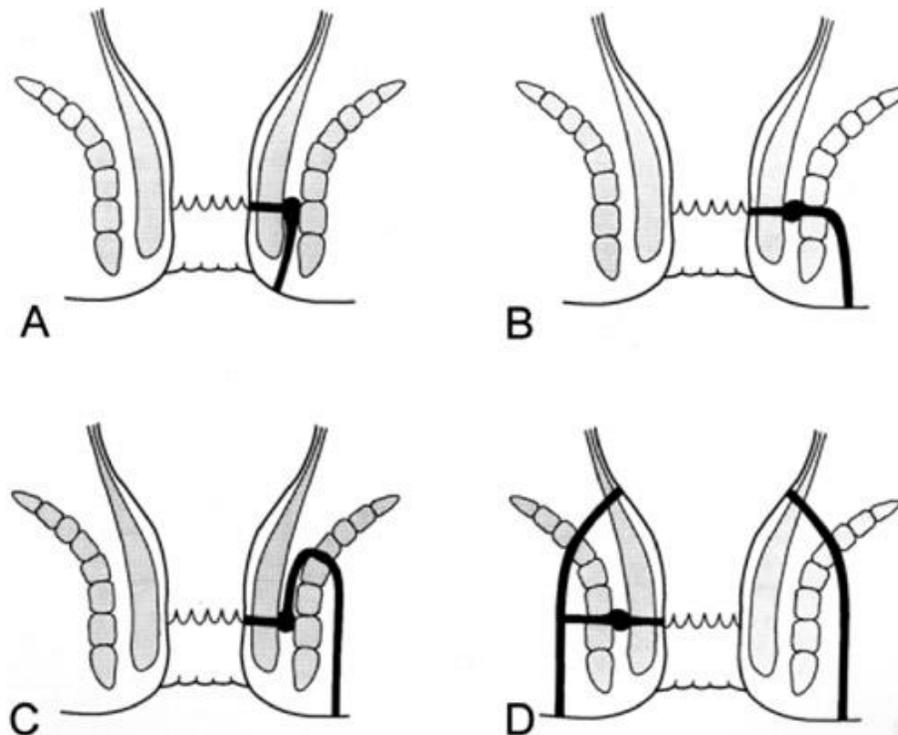


Imagen 1: Clasificación de Parks

Las fístulas también pueden ser clasificados como "simple" o "complejas". Las fístulas simples, incluyen las transesfintéricas bajas y las fístulas interesfintéricas que cruzan el 30% o menos del esfínter externo. Las fístulas complejas incluyen: fístulas transesfintéricas altas, fístulas altas con trayecto ciego, fístulas supraesfintéricas, fístulas extraesfintéricas, fístulas en herradura, y las asociada con enfermedad inflamatoria intestinal, radiación, malignidad, incontinencia preexistente, o diarrea crónica. ^{1, 18, 20}

Dado el carácter atenuado del complejo esfinteriano anterior en la mujer, las fístulas en esta ubicación merecen una consideración especial y puede ser considerado complejas también ²⁰.

Para identificar correctamente el trayecto fistuloso, puede recurrirse a la exploración física por medio de la anoscopía, la colocación de un estilete, la inyección de diversos fluidos, y más recientemente el uso de la ecografía endorrectal o la resonancia nuclear magnética. ^{18,30}

Es imprescindible una buena evaluación preoperatoria que permita al cirujano definir las características de la fístula, es decir se debe identificar el orificio interno, los trayectos principales y secundarios, extensiones en herradura, cavidades abscedadas y el compromiso del complejo esfinteriano. El examen físico incluye:

- Historia clínica: Síntomas asociados de patología intestinal y/o alteraciones en la función esfinteriana.
- Inspección anal: Orificios externos o cicatrices de cirugías previas.
- Palpación de la piel: Induraciones de posibles trayectos subyacentes.
- Tacto rectal.
- Anoscopia: A través de la exploración instrumentada se puede ver la salida de material purulento, o lograrse la cateterización del trayecto con un estilete

^{14, 18}

La Ecografía endoanal tiene un papel establecido en el evaluación de la fístula, es de especial utilidad en pacientes con trayectos complejos y en pacientes con fistules recurrentes, reportando tasas de precisión tan alta como 80% a 89% para delinear extensiones de fístula. La inyección de agua oxigenada, en el orificio externo actúa

como un medio de contraste ultrasónico aumentando la exactitud hasta un 98%. La resonancia magnética efectuada en forma dinámica con material de contraste, ha sido utilizada recientemente, y se describe una sensibilidad del 97% y una especificidad de 99 al 100% para identificar el trayecto.^{28, 30}

1.1) ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

El resultado y el valor predictivo de un procedimiento quirúrgico en el manejo de una fistula anal compleja a largo plazo está determinada por dos factores importantes: la continencia anal y recurrencia, Otras características de los procedimientos son que debe minimizar los defectos de cicatrización y ofrecer al paciente una recuperación rápida^{1, 22, 27.}

La mayoría de las fístulas anales no implica una gran cantidad del esfínter anal, y puede ser tratado con mucho éxito y con seguridad con una fistulotomía o fistulectomía. El manejo de las fístulas complejas es menos estandarizada, y los resultados de las opciones quirúrgicas varían ampliamente en la literatura. Se han descrito procedimientos, que van desde la colocación de setones de corte, el uso de pegamento de fibrina, plug, hasta el avance de un colgajo endorrectal.^{1,27}

Los setones de corte han reportado una alta tasas de incontinencia, aproximadamente en dos tercios de los casos, y por tanto se utiliza con menos frecuencia que antes. En cuanto al uso del pegamento de fibrina, inicialmente se obtuvieron resultados alentadores, sin embargo actualmente se sugieren tasas de éxito para el cierre de fístulas de tan solo el 16 %.^{1, 27}

Van Koperen y cols, realizó un ensayo multicéntrico aleatorizado en donde compara el tratamiento para fístulas perianales con plug vs avance de colgajo endorrectal, que incluía a 60 pacientes, con media de seguimiento de 11 meses. En el grupo del plug la tasa de recurrencia fue 71% en comparación con 52% en el grupo tratado por el avance de colgajo endorrectal.²⁹

Debido a que no existe una técnica apropiada para el tratamiento de todas las fístulas anales, el tratamiento debe ser dirigido

de acuerdo a la etiología y la anatomía de la fístula, el grado de los síntomas, comorbilidades del paciente, y la experiencia del cirujano.^{20,27}

Las técnicas quirúrgicas que se desarrollan deben de estar encaminadas a cerrar el orificio fistuloso interno asociado a un conducto epitelizado, con una sección mínima del complejo esfínter. Es imperativo identificar la apertura interna y el curso de todos los trayectos fistulosos que corren sobre los músculos del esfínter.²²

Todos los métodos de reparación de la fístula se basan en la eliminación del orificio interno de la fístula y la cripta enferma. Para conseguir estos objetivos, se debe tener en consideración los siguientes principios básicos en la reparación quirúrgica de una fístula^{1, 6,8}:

- Identificar correctamente ambos orificios fistulosos (primario y secundario).
- Identificar la presencia de extensiones secundarias
- Descartar enfermedades que complican la fístula
- Minimizar en lo posible la sección quirúrgica del aparato esfinteriano, sin que por ello se incremente el riesgo de recurrencia
- Evitar deformidades de la piel perianal y del ano.

La regla de Goodsall intenta predecir la ubicación de la abertura interna en relación con su abertura externa (secundaria). Los orificios externos posteriores, describen un trayecto curvo hacia la línea media posterior. Las anteriores tendrán un trayecto radiado hacia el canal anal.³

Aunque la regla de Goodsall predice con precisión la ubicación de la abertura interna en 49% a 81% de los pacientes, la ubicación del orificio externo puede ser un pobre predictor de la ubicación de una fístula, en particular, en pacientes con tractos largo de la fístula, fístulas recurrentes, o enfermedad de Crohn. Además de la visualización del trayecto y la exploración que realiza el cirujano, este debe estar familiarizado con medidas intraoperatorias adyuvantes, incluyendo peróxido de hidrógeno / inyección de azul de metileno en el orificio externo para

ayudar en la identificación de origen del tracto, con esto se han reportado tasas de éxito superior al 90% y 80%. ²⁰

TECNICA DE COLGAJO ENDORRECTAL

La técnica de colgajo de avance rectal es una técnica antigua, descrita en 1902 por Noble para tratar fístulas rectovaginales y aplicada por Elting 10 años después al tratamiento de las fístulas anales., técnica que posteriormente fue modificado por Laird quien realizó un fistulectomía parcial y posteriormente un colgajo endorrectal para cerrar el defecto en la pared del recto. ^{23,25}

La fistulectomía parcial, seguida de un colgajo de avance endorrectal, correctamente indicada y ejecutada, en ausencia de infección activa, se considera una de las mejores opciones quirúrgica para tratar las fístulas complejas, minimizando la incontinencia anal postoperatoria. En diversas series se han descrito altas tasas de curación que van del 60 al 90, con una tasa de recurrencia del 35 % en promedio y con un bajo riesgo de incontinencia reportándose resultados variados en la literatura que van del 0 hasta el 33 %. Wedell y colaboradores publicó una serie de 27 pacientes con fistulas transesfintericas y supraesfintéricas logrando el cierre en 26 de 27 casos. Kodner y cols reportó una tasa de éxito inicial del 84 %. ^{14,22,23, 25,29,32}

Una ventaja adicional de esta técnica es que puede ser efectuada de nuevo en caso de recidiva con tasas de éxito reportadas en algunas series de 94 por ciento. ^{18,25}

Un punto controvertido es el espesor que debe tener el colgajo. Algunos autores utilizan mucosa, submucosa y fibras circulares del esfínter interno (colgajo de espesor parcial), y otros añaden fibras longitudinales del esfínter interno (colgajo de espesor total), basándose en que el uso de toda la capa muscular incrementa la resistencia del colgajo y la vascularización. ^{20,22,28.}

La evaluación preoperatoria incluye una exploración física meticulosa, que como se comenta en párrafo previos es indispensable identificar los trayectos fistulosos. En algunos artículos se menciona como parte de protocolo, en pacientes seleccionados, realizar una manometría anal, ecografía endoanal, o resonancia magnética para excluir múltiples trayectos fistulosos o la persistencia de un absceso.^{22,28}

Los pacientes deben ser sometidos a una preparación intestinal, en nuestro caso preferimos la realización de enemas preoperatorios y se recomienda profilaxis antibiótica.²²

Las bases de esta técnica son la escisión total o parcial del trayecto fistuloso y del orificio interno y se debe realizar en ausencia de infección activa.¹⁶

En una primera etapa se realiza una fistulectomía parcial, cuidando no seccionar las fibras del esfínter externo. En la técnica quirúrgica empleada por nuestro servicio, se férula el trayecto fistuloso con la ayuda de un estilete, y posteriormente con una gasa, lo que servirá como guía para realizar la fistulectomía parcial, al mismo tiempo se legra el trayecto. El límite hasta donde se realiza la escisión del trayecto es la presencia del haz superficial del esfínter anal externo, con lo que se garantiza una sección mínima de sus fibras; el procedimiento se realiza con bisturí caliente, lo que permite una adecuada hemostasia.²²

En una segunda etapa, el orificio interno se extiende lateralmente en promedio 7mm por cada lado, y se escinde el tejido de la cripta, se realiza un colgajo de mucosa rectal grueso y ancho que incluya mucosa, submucosa y parte del esfínter interno para asegurar su consistencia y vascularización, tanto en el sector proximal y distal, de aproximadamente 2 a 3 cm. En la técnica descrita en nuestro trabajo, realizamos la criptectomía, con una escisión amplia de aproximadamente 5 a 7 mm como se describe en la literatura y dos colgajos laterales a la cripta, involucrando fibras de la mucosa y submucosa de aproximadamente 2 cm.^{16, 18, 25, 28, 29.}

El orificio interno, se cierra usando ácido poliglicólico con puntos que abarquen el esfínter interno. Posteriormente se desliza en sentido craneocaudal el colgajo de mucosa endorrectal hasta recubrir por completo la superficie cruenta del orificio interno y se fija. Las heridas externas se amplían con el objetivo de favorecer el

drenaje y permanecen abiertas para cicatrizar por segunda intención. De esta forma se consigue crear una barrera ante la presión generada en el interior del canal anal, así como aportar tejido bien vascularizado para conseguir una cicatrización definitiva^{16, 18,22,25, 27,28,32}

Las principales complicaciones postoperatorias tempranas que se han identificado, tras el colgajo de avance rectal son infección, hemorragia y retención urinaria y la morbilidad está asociada principalmente dolor en el sitio de la herida externa^{16, 22}.

Entre las complicaciones tardías, se han descrito recidivas o fracaso de la técnica en los primeros 45 días posteriores a la cirugía, con un promedio de 6 meses, atribuyéndose como causa principal a un mal control de la sepsis, previa cirugía y una necrosis parcial o total de los colgajos. Otras causas descritas son fistulas en herradura y una mala identificación o localización de trayectos fistulosos.^{22,23, 28}

SETON

El uso de setones, es una de las técnicas más antiguas descritas para el manejo de fístulas altas. La utilización de un setones para tratar las Fístulas Anales fue descrita probablemente por primera vez por Hipócrates, quien utilizó crines de caballo que se apretaban de manera progresiva para poner a plano de forma paulatina el trayecto fistuloso.^{7,31}

Un sedal es un cuerpo extraño insertado a través del trayecto fistuloso, su aplicación se basa en que con este método se realiza una división lenta de las fibra del esfínter y produce una reacción inflamatoria crónica estimulando formación de fibrosis., lo que previene la retracción y la separación de músculo del esfínter cuando se divide a fin de proteger su continuidad.^{31, 33}

En la actualidad son varias las opciones de utilización de los sedales.

1. Setón cortante. Se coloca un setón, seccionando la piel con o sin esfinterotomía interna, y se aprieta progresivamente hasta seccionar de forma

muy lenta toda la musculatura. Tiene un riesgo no despreciable de afección de la continencia a corto o largo plazo ⁷

2. Setón de drenaje: Setón laxo asociado a la puesta a plano del esfínter interno. Habitualmente de seda, la intención es eliminar el origen de la fístula con la destrucción de la zona criptoglandular, creando de forma concomitante una fibrosis en la zona. La puesta a plano diferida del trayecto provocará una menor separación de los bordes. A pesar de ello, las posibilidades de alteración de la continencia son elevadas ⁷.
3. Setón de marcaje: Se utiliza para un posterior tratamiento definitivo de la fístula cuando hay una infección activa en el trayecto fistuloso. Habitualmente se utiliza un filamento de goma blanda tras una cirugía intermedia o el desbridamiento de un absceso perianal cuando el orificio interno es muy evidente ⁷.
4. Setón indefinido: indicado en pacientes con enfermedad de Crohn o con continencia muy precaria en los cuales cualquier acto quirúrgico puede provocar una incontinencia severa definitiva. En estos casos, la colocación indefinida de un setón es un tratamiento a valorar conjuntamente con el paciente ⁷.

Los resultados del uso de setones pueden variar, a lo que se puede atribuir al uso de diferentes tipos de materiales y variaciones en la técnica. ³¹

Técnica quirúrgica

La cirugía se lleva cabo con el paciente en posición en navaja sevillana, bajo anestesia local o raquídea. El setón enlaza el orificio interno y externo, y se anuda en el exterior. De primera instancia se identifica el orificio primario y secundario, y el trayecto fistuloso, si es necesario se utiliza peróxido de hidrógeno, para identificar mejor el trayecto, se fécula con un estilete, posteriormente se coloca una banda elástica, en nuestro medio utilizamos una sonda de alimentación de 8 Fr, la cual se pasa a través del trayecto fistuloso, y se aprieta aplicando una Seda 2-0 para hacer un lazo a través de ella, con la tensión deseada. El setón cortante se

tiene que apretar constantemente, El primer ajuste se realiza en la segunda semana después de la cirugía, en algunos textos se maneja un ajuste semanal, de manera ambulatoria. En nuestro centro iniciamos los ajustes a las dos semanas de la cirugía, y posteriormente con un intervalo de 2 semanas entre cada ajuste.^{7,31}

Existen resultados variados publicados en la literatura en cuanto al desarrollo y grado de incontinencia fecal postquirúrgica, que van de 0% a 70 %. Esta amplia gama podría ser explicada por varias razones, en primer lugar hay una variedad de materiales y técnicas descritas; segundo, hay una gran diferencia en los pacientes, las características de la fístula anal; y finalmente, hay una heterogénea metodología utilizada para estudiar los puntos finales de una serie a otra. En un artículo de revisión realizado por Vial M y cols, publicado en el 2010, que incluyó 19 series, con un total de 448 pacientes, encontró una tasa global de incontinencia fecal postoperatoria media de 5.6% en paciente con fístulas simples y del 25,2% en pacientes con fístulas complejas. La tasa de recidiva fue del 5,0% para el primer grupo y del 3,0 % en el segundo grupo.^{7,31,33}

En México en el 2007, se publicó la experiencia en un centro hospitalario, en donde se incluyó a 50 pacientes con fístulas complejas manejadas con setón cortante, de los cuales presentaron un 14 % de recidiva, y con una afectación de la continencia de un 16%.³⁵

MATERIALES Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, cohorte y abierto. La información se recabó del archivo de bitácoras, hojas de reporte quirúrgico del Servicio de Coloproctología y expedientes del archivo clínico del Hospital Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, en el periodo comprendido del 01 de junio de 2009 al 31 de julio 2015, se consideró a los pacientes con diagnóstico de Fístulas Transesfintericas complejas a los que se les realizó un avance de colgajo endorrectal vs colocación de setón.

Los criterios de inclusión tomados fueron: Adultos ambos sexos, de los 18 a 80 años; pacientes derechohabientes del IMSS y Pacientes que presentaron fistulas perianales transesfintéricas complejas de origen criptoglandular, y que fueron tratados quirúrgicamente con técnica de avance de colgajo endorrectal modificada o colocación de setón.

Se excluyeron: Pacientes que al momento de la cirugía presentaron persistencia de un absceso perianal; pacientes con fistulas transesfintéricas con trayectos simples; pacientes cuyas fistulas no fueron de origen criptoglandular, o que se reportaron asociadas con enfermedad inflamatoria intestinal, radiación y malignidad; pacientes que no contaban con expediente clínico completo y pacientes fallecidos por causas ajenas al procedimiento durante el periodo de tiempo que abarcó el estudio.

Del expediente clínico se registró el género, edad, el tipo de trayecto fistuloso, la longitud y trayectos asociados, los días de estancia intrahospitalaria. El grado de incontinencia fecal, de acuerdo a la escala de Wexner, previa a la cirugía y a los 3 y 6 meses de seguimiento, La cicatrización a los 3 meses y recidiva a los 6 meses, Las principales complicaciones postquirúrgicas inmediatas; retención urinaria, sangrado, infección y el grado de dolor.

El análisis de datos se realizó con estadística básica descriptiva calculando porcentajes, medias y medianas. Se utilizaron tablas de contingencia 2x2 para cálculo del riesgo relativo, así como chi cuadrada para correlación de variables.

RESULTADOS

En la tabla y grafica 1: se observa el número total de paciente y la distribución según la técnica utilizada, se captaron 52 pacientes en total, en el 50% (26 pacientes) se realizó la técnica de ajuste de setón y en el otro 50% (26 pacientes) la técnica de avance de colgajo endorrectal modificada.

TABLA 1: TECNICA QUIRURGICA

	Frecuencia	Porcentaje
SETON	26	50.0
COLGAJO ENDORRECTAL	26	50.0
Total	52	100.0

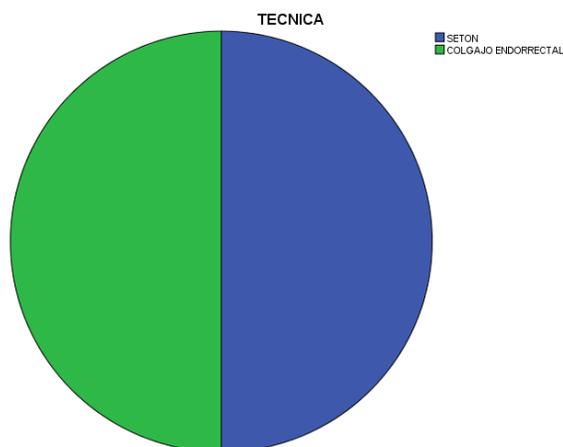


Imagen 1

Tabla 2: Se captaron 52 pacientes, con un predominio en el sexo masculino con el 79.6%, contra el 23.1 % en el sexo femenino.

TABLA 2: SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MASCULINO	40	76.9	76.9	76.9
FEMENINO	12	23.1	23.1	100.0
Total	52	100.0	100.0	

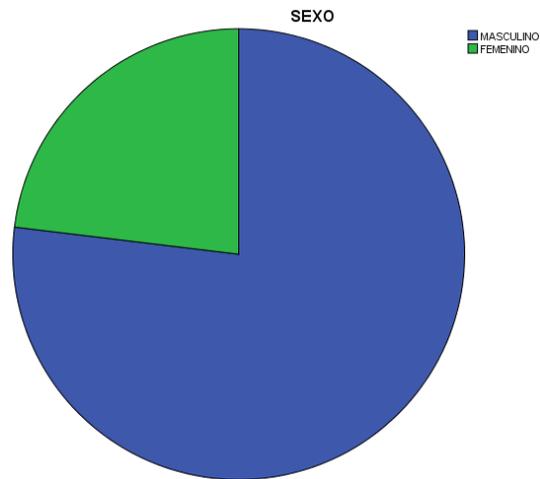


Gráfico2

El tipo de trayectos de las fístulas fueron lineales en un 69.2%, irregulares en un 21.2% y en herradura en el 9.6% (TABLA Y GRAFICO 3). Con trayectos secundarios en un 25%. (TABLA Y GRAFICO 4); y con una longitud media de 6 cm (TABLA Y GRAFICO 5), con un trayecto máximo de 13 cm y mínimo de 3 cm.

TABLA 3:TIPO DE TRAYECTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
LINEAL	36	69.2	69.2	69.2
IRREGULAR	11	21.2	21.2	90.4
EN HERRADURA	5	9.6	9.6	100.0
Total	52	100.0	100.0	

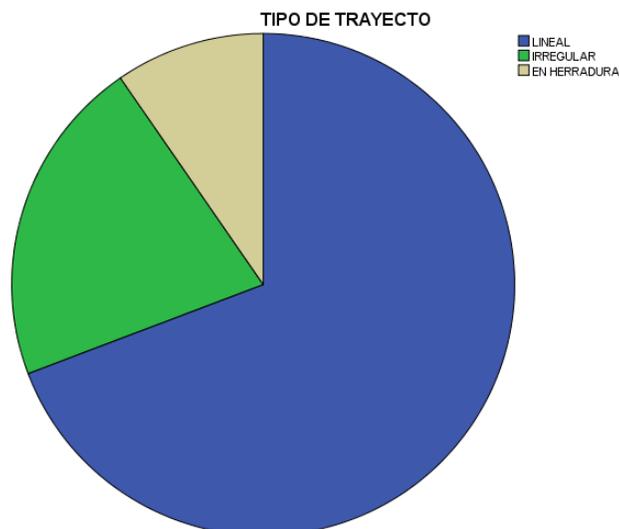


Gráfico3

TABLA 4: TRAYECTO SECUNDARIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
SI	13	25.0	25.0	25.0
NO	39	75.0	75.0	100.0
Total	52	100.0	100.0	

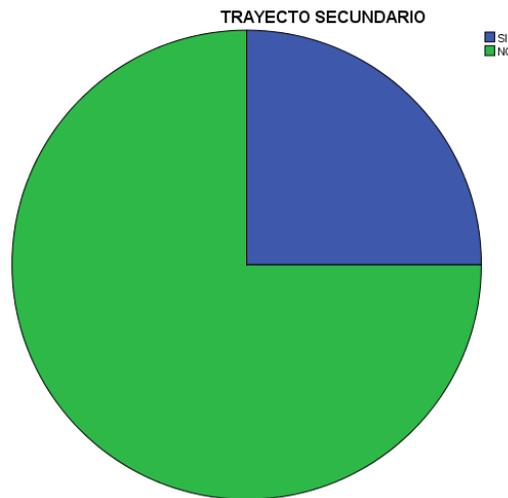


Gráfico 4

TABLA 5: Longitud del Trayecto.

		LONGITUD DE TRAYECTO
N	Valido	52
	Perdido	0
Mediana		6.00
Moda		5
Varianza		5.386
Rango		10
Mínimo		3
Máximo		13

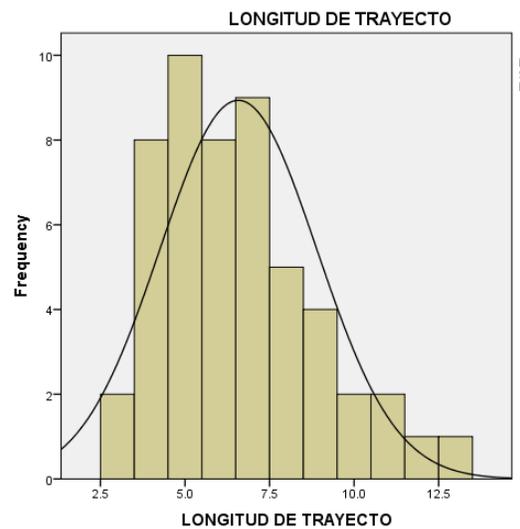


Gráfico5

La edad media de los pacientes con fístulas trasesfintéricas fue de 44.50 años, con una máxima de 72 años y una mínima de 18 años. La mediana de los días de estancia intrahospitalaria fue de 2 días. (tabla y gráfico 6 -7).

TABLA 6: EDAD Y ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

	EDAD	ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA
N Valido	52	52
N Perdido	0	0
Mediana	44.50	2.00
Moda	47	2
Desviación estándar	12.494	.370
Varianza	156.092	.137
Rango	54	2
Mínimo	18	1
Máximo	72	3

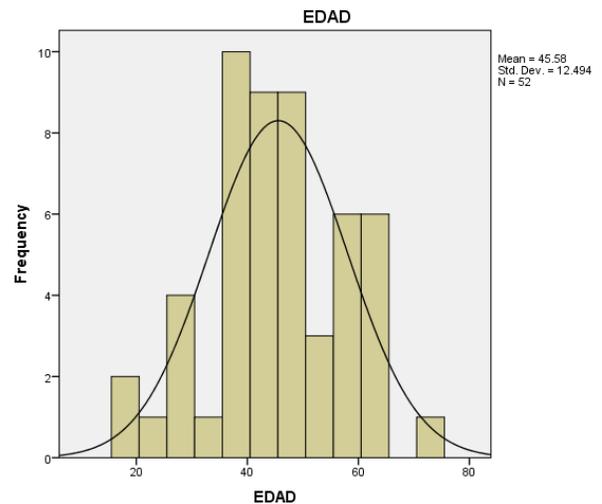
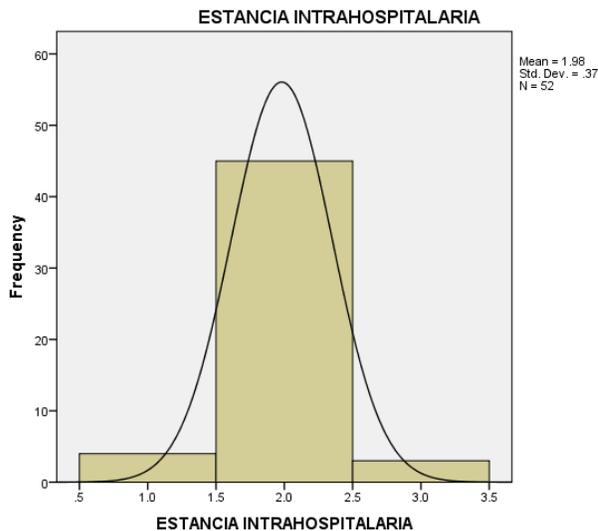


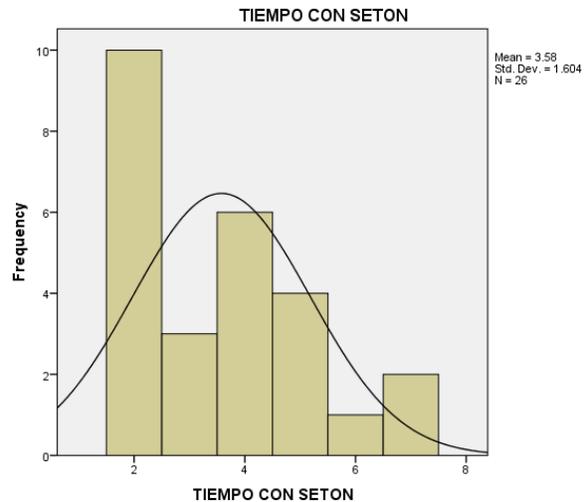
Gráfico 6 y 7

La media estimada con el tiempo con el uso de seton fue de 3.50 meses, con un rango máximo de 7 meses y mínimo de 2 meses. (Tabla 7 y gráfico 8)

TABLA 7: TIEMPO CON SETON

		TIEMPO CON SETON
N	Valido	26
	Perdido	0
	Mediana	3.50
	Moda	2
	Desviacion	1.604
	Varianza	2.574
	Rango	5
	Mínimo	2
	Maximo	7
	Suma	93

Gráfico8



El grado de incontinencia fecal preoperatorio, de acuerdo a la escala de Wexner para la técnica de avance de colgajo endorrectal modificada fue normal el 96.2% de los pacientes y solamente el 3.8% presentaba incontinencia leve (Tabla 8 y grafico 9). En los pacientes a los que se les coloco Setón el 84.6 % presentaban una escala de Wexner normal y solamente un 15.4 tenía incontinencia leve (Tabla 9 y grafico 10)

TABLA 8: WEXNER PREOPERATORIO CON TÉCNICA MODIFICADA DE AVANCE ENDORRECTAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado.
Valid	NORMAL	25	96.2	96.2	96.2
	LEVE	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

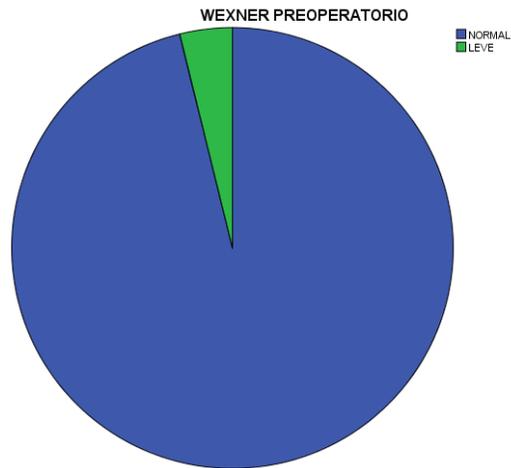


Gráfico 9

TABLA 9:WEXNER PREOPERATORIO CON TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE SETÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
NORMAL	22	84.6	84.6	84.6
LEVE	4	15.4	15.4	100.0
Total	26	100.0	100.0	

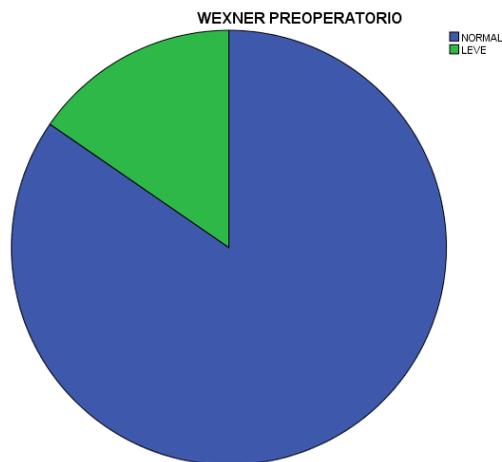


Gráfico10

En el seguimiento a los tres y seis meses posteriores a la cirugía, los pacientes a los que se les realizó la técnica modificada de colgajo endorrectal no presentaron cambios en el grado de incontinencia, obteniéndose un Wexner normal en el 96.2 % de los pacientes y persistiendo el 3.8 % con incontinencia leve (Tabla 10-11 y grafico 11 -12).

TABLA 10: WEXNER 3 MESES (Técnica Modifica de Avance de Colgajo Ebdorrectal)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
NORMAL	25	96.2	96.2	96.2
LEVE	1	3.8	3.8	100.0
Total	26	100.0	100.0	

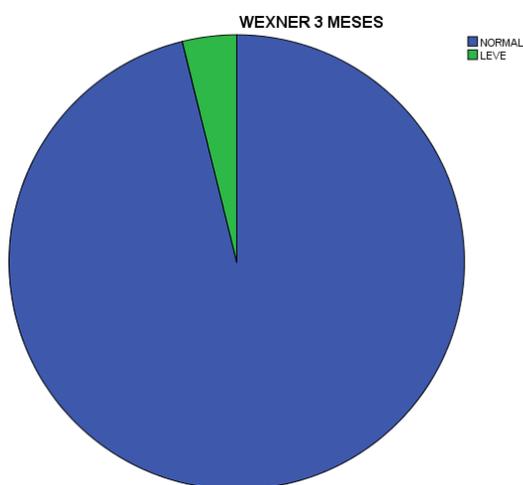


Gráfico11

TABLA 11 WEXNER 6 MESES (Técnica Modificada de Avance de Colgajo Endorrectal)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
NORMAL	25	96.2	96.2	96.2
LEVE	1	3.8	3.8	100.0
Total	26	100.0	100.0	

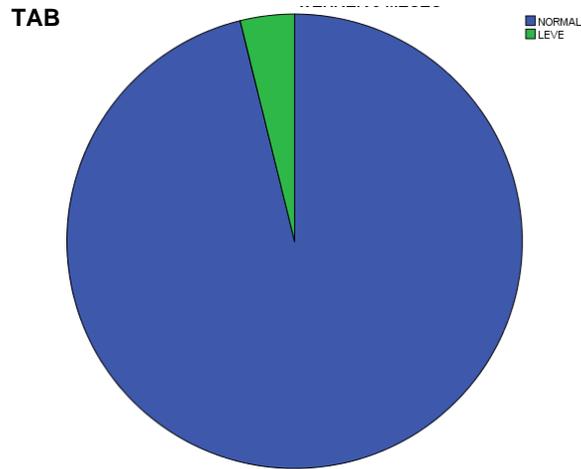


Gráfico12

Con la técnica de Colocación de Setón se encontró a los tres y seis meses de seguimiento una escala de Wexner normal en el 76.9 % y con incontinencia leve en el 23.1% (Tabla 12 y 13). 2 pacientes (7.6 %) presentaron incontinencia leve en el seguimiento a los 3 y 6 meses (Tabla 12-13 y grafico 13 -14).

TABLA 12: WEXNER 3 MESES Colocación de Setón

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
NORMAL	20	76.9	76.9	76.9
LEVE	6	23.1	23.1	100.0
Total	26	100.0	100.0	

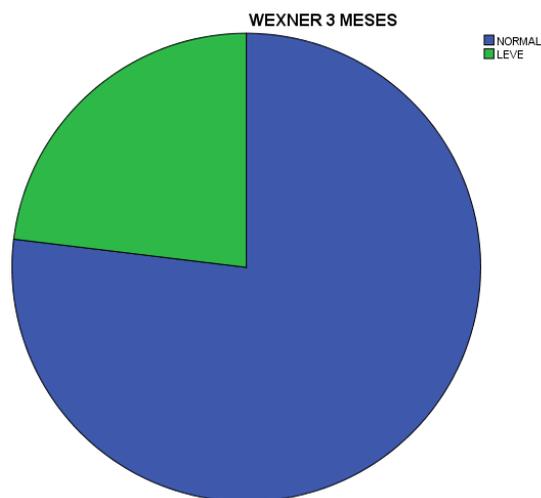


Gráfico13

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
NORMAL	20	76.9	76.9	76.9
LEVE	6	23.1	23.1	100.0
Total	26	100.0	100.0	

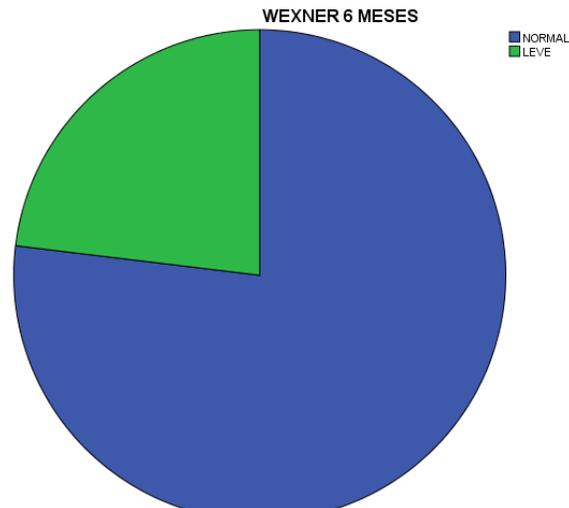


Gráfico14

La cicatrización a los 3 meses de seguimiento posterior a la cirugía fue completa en el 61.5 % de los pacientes con la técnica modificada de avance endorrectal y del 53.8% para los de colocación de setón (Tabla 14 y grafico 15 -16) y con una chi – cuadrada de person con un intervalo de .315, df 1 y p= 0.575 (Tabla 16).

TABLA 14: CICATRIZACION A LOS 3 MESES

	CICATRIZACION		Total
	SI	NO	
TECNICA SETON	14 53.8%	12 46.2%	26 100.0%
TECNICA COLGAJO ENDORRECTAL	16 61.5%	10 38.5%	26 100.0%
Total	30 57.7%	22 42.3%	52 100.0%

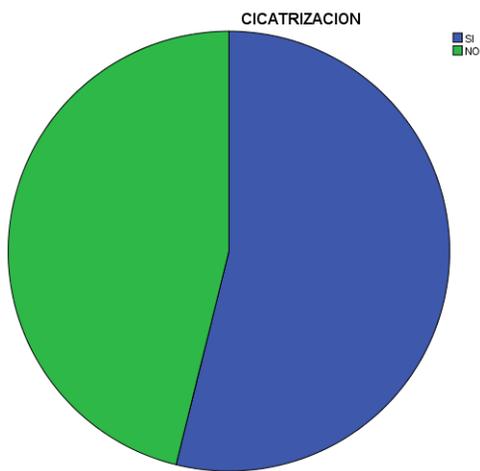


Gráfico15 setón

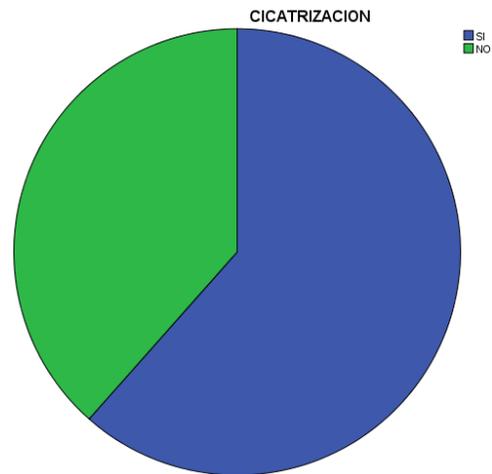


Gráfico16: TMACER

A los 6 meses de seguimiento los pacientes presentaron una recidiva para la técnica de avance modificada de colgajo endorrectal de 19.2% y para la colocación de setón de 15.4% (Tabla 15). Con un valor de $p= 0.134$ mediante la prueba de chi – cuadrada de pearson (Tabla 16)

TABLA 15 RECIDIVA 6 MESES

	RECIDIVA		Total
	SI	NO	
TECNICA SETON	4 15.4%	22 84.6%	26 100.0%
COLGAJO ENDORRECTAL	5 19.2%	21 80.8%	26 100.0%
Total	9 17.3%	43 82.7%	52 100.0%

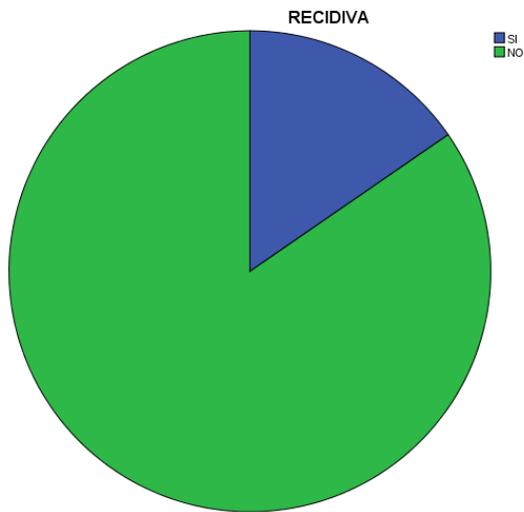


Gráfico17 setón

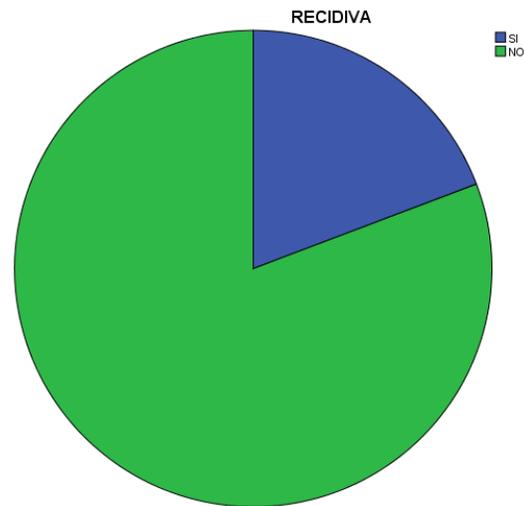


Gráfico18: TMACER

TABLA 16 CICATRIZACION Y RECIDIVA (CHI- CUADRADA DE PEARSON)

	Value	df	P
CICATRIZACION	0.315	1	.575
RECIDIVA	0.134	1	0.134

Dentro de las complicaciones postquirúrgicas inmediatas, se presentó retención urinaria en el 3.8% con la técnica de colgajo endorrectal y de 3.8% para la colocación de setón. Se midió la chi cuadrada de Pearson de $p= 1$ (tabla 17 Y gráfico19-20)

Se presentó en el 3.8 % de los pacientes infección perianal postquirúrgica con la técnica modificada de colgajo endorrectal y no se reportó casos para la colocación de setón. Se obtuvo una P= 1 (tabla 17 y gráfico 21-22)

TABLA 17: COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS INMEDIATAS

	SI	NO	valor	df	P(chi- cuadrada de Pearson)
RETENCION URINARIA Tecnica Modificada de Avance de colgajo endorrectal Seton	1(3.8) 1(3.8)	25 (96.2%) 25(96.2%)	.000	1	1
INFECCION Tecnica Modificada de Avance de colgajo endorrectal Seton	1(3.8) 0	25 (96.2%) 100%	1.020	1	0.33



Gráfico19 setón

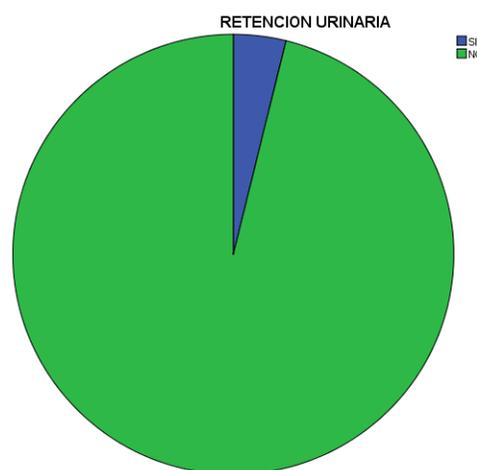


Gráfico20: TMACER

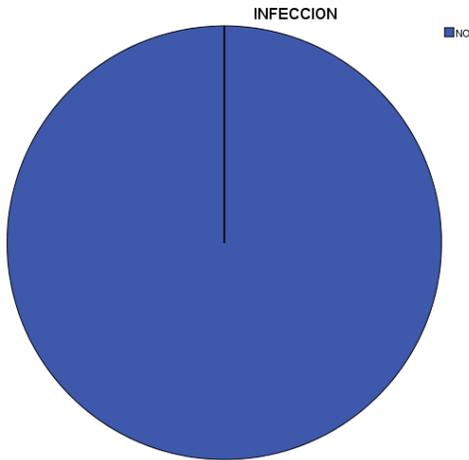


Gráfico 21 setón

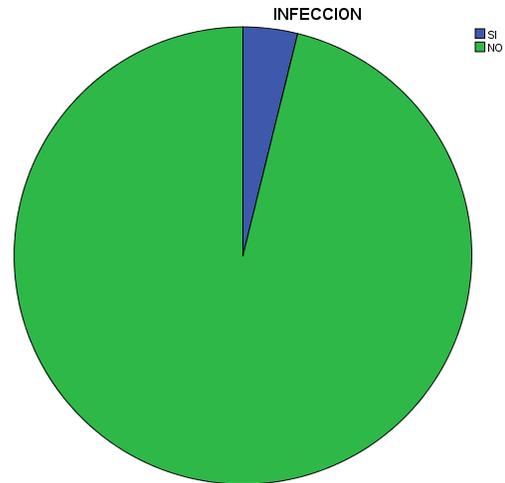


Gráfico 22: TMACER

Con la técnica de avance endorrectal se reportó en el 92.3% poco dolor y solo en el 7.71 % dolor intenso. A los pacientes a los que se les colocó setón se reportó un 76.9 con dolor leve y un 23.1% con dolor intenso. Con una medición de chi cuadrada de Pearson de 0.124.(Tabla 18, gráficos 23-24)

TABLA 18: DOLOR POSTOPERATORIO

	LEVE	MODERADO	Valor	Df	P (chi cuadrada de Pearson)
DOLOR POSTOPERATORIO					
Técnica Modificada de Avance de colgajo endorrectal	92.3%	7.7%	2.364	1	0.124
Setón	76.9%	23.1%			

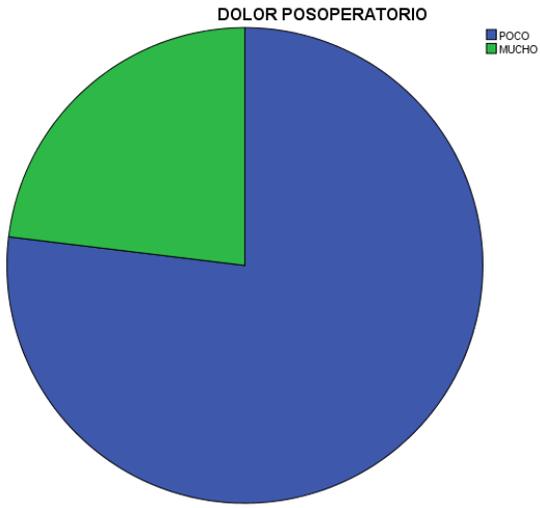


Gráfico23: setón

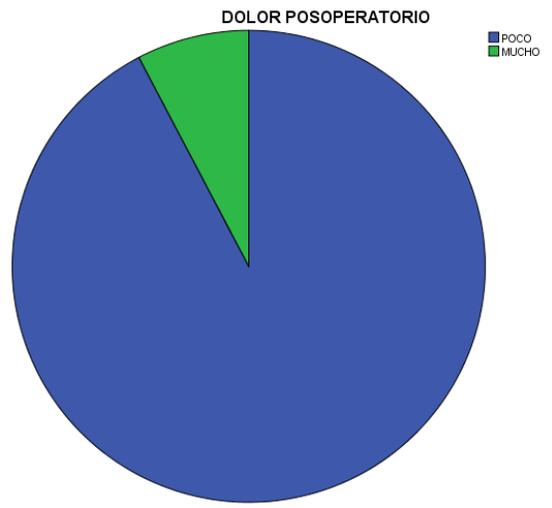


Gráfico24: TMACER

DISCUSIÓN:

La fístulas anales son una de las patologías frecuente, y la resolución de las mismas continúa siendo un gran reto para los cirujanos colorrectales. A lo largo de las historia se han descrito diversas técnicas quirúrgicas, sin que hasta el momento se tenga establecido un Gold estándar en el manejo, ya que ninguna está libre de complicaciones o recurrencia.

Los objetivos en el tratamiento quirúrgico son curar la fístula, preservar la función esfinteriana y disminuir el tiempo de cicatrización. Para esto se debe tomar en cuenta el tratamiento del orificio interno, minimizar la sección quirúrgica del aparato esfinteriano y evitar la deformidad de la piel perianal y el ano

En la técnica modificada de avance de colgajo endorrectal, se realiza una fistulectomía parcial, teniendo como límite las fibras del esfínter anal externo, con lo que se preserva las fibras del complejo esfinteriano y se trata el orificio primario mediante cripectomía con una escisión amplia. Los colgajos endorrectales son de espesor parcial, laterales a la cripta, en lugar de tener un sentido craneocaudal, como esta descrito en la literatura; lo que permite un adecuado tratamiento del orificio primario, adecuada vascularización, y se evita grandes espacios muertos y facilita al cirujano su realización. En cuanto la colocación de setón, se utilizaron setones cortantes, elaborados de una sonda de alimentación de 8Fr, los cuales se ajustaron a partir de la segunda semana de su colocación y posteriormente con un intervalo de 2 semanas entre cada ajuste.

En esta serie se estudia específicamente a pacientes con fístulas complejas transefintericas altas, de origen criptoglandular, ya que otras causas pueden provocar variaciones en los resultados y aumentar el número de recidiva. Se incluyeron un total de 52 pacientes, con un predominio en el sexo masculino en un 76.9%, similar a lo reportado en la literatura, y la edad media fue de 44.5 años.

Los resultados en la continencia fecal preoperatoria, valorada con la escala de Wexner, para la técnica modificada de colgajo endorrectal, se encontraba normal en el 96.2% y solo el 3.8% presentaban incontinencia leve, a los 3 y 6 seguimiento posteriores a la cirugía observamos que no hubo cambio, es decir, solo persistía con incontinencia leve los casos reportados inicialmente. Con la técnica de

colocación de setón, la continencia inicial fue normal en 84.6% y el 15.4% se encontraba con incontinencia leve, a los 3 meses de seguimiento se observó un aumento en los pacientes con incontinencia leve del 7.6%, el cual persistió a los 6 meses, cifras menores que las reportadas en la literatura, el cual es de 16%³⁵. Los pacientes con incontinencia fecal se enviaron a biofeedback.

En cuanto a la cicatrización encontramos que ambas técnicas quirúrgicas presentaron un bajo porcentaje de cicatrización a los tres meses de la cirugía, siendo del 61.5% para la técnica modificada de avance de colgajo endorrectal, y del 53.8% con el uso de setón. Con una diferencia no significativa entre ambas técnicas ($p= 0.315$). La mediana del tiempo de uso de setón fue de 4 meses, con ajustes periódicos de los mismos, que en nuestro medio se realizó en promedio cada dos semanas, condicionando un aumento en el número de consultas, lo que probablemente afecte la calidad de vida y el desempeño laboral del paciente.

A los 6 meses de seguimiento observamos una recidiva discretamente mayor con la técnica modificada de colgajo endorrectal, del 19.2% y con el uso de setones fue del 15.4%, obteniéndose una $p= 0.134$ mediante la prueba de chi-cuadrada de Pearson, con valores no significativos entre ambas técnicas. El uso de setones presentó una recidiva similar a la descrita en la literatura (14%³⁵) y para la técnica modificada de avance de colgajo endorrectal fue mayor (5% en la literatura vs 19.2% en nuestra serie).

Las complicaciones postquirúrgicas inmediatas observadas fueron retención urinaria, con resultados similares para ambas técnicas quirúrgicas, reportándose en cada técnica quirúrgica un caso (3.6%), obteniéndose una $p= 1$ con una diferencia no significativa entre ambas técnicas.

Se presentó un caso de infección en sitio quirúrgico para la técnica de avance de colgajo endorrectal, y ningún caso en la colocación de setón, se obtuvo una $p=0.313$ con valores no significativos entre ambas técnicas.

El dolor postoperatorio fue leve 92.3% de los pacientes operados con la técnica modificada de avance de colgajo endorrectal, e intenso en el 7.7%; con el uso de setón los pacientes presentaron dolor leve en el 76.9% e intenso en el 23.1, con una $p= 0.124$ con valores no significativos.

Conclusiones

Actualmente no existe un Gold estándar en el manejo de las fistulas complejas transesfintericas, ya que involucran proporciones grandes de esfínter anal, y no hay alguna técnica que garantice una curación completa. En el presente estudio no pudimos comprobar la superioridad de la técnica modificada de colgajo endorrectal vs la colocación de setón , amabas presentan resultados similares en el numero de pacientes con recidiva e incontinencia anal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Charúa G L. Fístula anal. Revista médica del Hospital General 2007; 2: 85-92.
2. Simpson JA. Management of anal fistula Clinical review. British Medical Journal 2012; 345: 6705.
3. Beck. ED. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery 2011; 24: 14–21
4. Parks AG, Gordon P, Hardcastle JD. Fistula in ano. British Journal Surgery 1976; 63: 1-12.
5. Rasoul AM. New Techniques in Anal Fistula Management. Annals Colorectal Research, 2014; 2:1.
6. Matthew JF, Rickars X, Anal abscesses and fistula (Review Article). Journal of Surgery 2005; 75: 64-72.
7. Navarro A, Martí M, García I, Gómez R, Constancio M. Diagnóstico y tratamiento de las fístulas anorrectales complejas; Cirugía Española 2004; 76: 142-B.
8. Pascual PN, Gavosto P. Controversias en el tratamiento de abscesos y fístulas perianales: Nuestra experiencia. Revista Mexicana de Coloproctología 2009;15: 1.
9. Maik AI, Nelson RL. Surgical Management of anal fistulae: a systematic review. Colorectal Disease 2011; 10: 420-430.
10. Ker-Kan T, Peter JL. Early experience of reinforcing the ligation of the intersphincteric fistula tract procedure with a bioprosthetic graft (BioLIFT) for anal fistula. The Royal College of surgery Journal 2014, 84: 280-283.
11. Tan K, Kaur G, Byrne CM, Young CJ, Wright C. Long-term outcome of the anal fistula plug for anal fistula of cryptoglandular origin. Colorectal Disease 2013; 15: 1510-1514.
12. Giamundo P, Geraci M, Tibaldi L. Closure of fistula- in – ano whit lase-FiLaC: an effective novel sphincter – savig procedure for complex disease. Colorectal disease 2013; 16: 10-115.

13. Mangual RN, Tudu DN, Pattnaik SP, Mohanty SS. The sphincter preserving perianal fistulectomy: A better alternative; *Annals of Colorectal Disease* 2003.
14. Hossak T, Solomon MJ, Young JM. Ano – cutaneous flap repair for complex and recurrent supra sphincteric anal fistula. *Colorectal disease* 2005; 7: 187-192.
15. Amarillo H, Manson R, Fourcans S. Factores de riesgo y análisis de la recurrencia en tratamiento quirúrgico de la fístula anal. *Revista Mexicana de Coloproctología* 2011; 17: 10-16.
16. Yassin NA, Hammond TM, Lunniss PJ. Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review. *Colorectal disease* 2013; 15: 527-535
17. Gordon P. H. Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. 3rd ed 2006 : 202
18. Barredo C, Leiro P. Abscesos y Fístulas perianales. *Sociedad argentina de Cirugía Digestiva* 2009; 3: 1-11.
19. Award J, James M. Advancement Flap Repair: A Good Option for Complex Anorectal Fistulas. *Disease of Colon & Rectum* 2011; 54:12
20. Scott RS, Ravin M, Daniel L, Feingold MD, Janice L. Practice Parameters for the Management of Perianal Abscess and Fistula –in – Ano Practice Task Force of the American Society of Colon & Rectal Surgery. *Diseases of The Colon & Rectum* 2011; 54: 12
21. Soltano A, Andreas M. Endorectal Advancement Flap for Cryptoglandular or Crohn's Fistula –in- Ano. *Diseases of the Colon & Rectum* 2010; 53:4.
22. Dubsky P, Stift A, Friedl J, Teleky B, Herbst F; Endorectal Advancement Flaps in the Treatment of High Anal Fistula of Cryptoglandular Origin: Full-Thickness vs. Mucosal-Rectum Flap. *Diseases of the Colon & Rectum* 2008; 52: 852-857.
23. Stremitzer S, Rist S, Swoboda P, Dauser B, Dubsky P, Herbst. Repeat endorectal advancement flap after flap breakdown and recurrence of fistula-in-ano – is it an option?. *Colorectal Disease* 2012; 14: 1389–1393

24. Roig VJ, Jordán J, García J, Esclapez P, Solana A. Changes in Anorectal Morphologic and functional Parameters After Fistula – in – Ano Surgery. *Diseases of the Colon & Rectum* 2009; 52: 8.
25. Miller GV. and Finan PJ. Flap advancement and core fistulectomy for complex rectal fistula. *British Journal of Surgery* 1998; 85: 108–110
26. Kreis ME, Jehle EC, Ohlemann M., Starling M. Functional Results After Transanal Rectal Advancement Flap Repair Of Trans-sphincteric Fistula. *British Journal of Surgery* 2008; 85: 240–242
27. Mark DM, Hayes JL, Arend E, Merrie H, Bryan R. Complex anal fistulas: plug or flap?. *The Royal College of surgery ANZ Journal of surgery* 2011; 81: 720-724.
28. Onkelen R, Gosselink P, Thijsse S, Shouten W. Predictors of Outcome After Transanal Advancement Flap for High Transsphincteric Fistulas. *Diseases of the Colon & Rectum* 2014; 57 :8
29. Koperen PJ, Bemelman W, Gerherds M, Jassen L, Tets V. The Anal Fistula Plug Treatment compared with the mucosal Advancement Flap for Cryptoglandular high Transsphincteric perianal Fistula: A Double - Blinded Multicenter Randomized Trial. *Diseases of the Colon & Rectum* 2011; 54:4.
30. Williams G, Farrands PA, Williams A, Taylor A. The Treatment of Anal Fistula: ACPGBI Position Statement, colorectal disease 2007; 9: 18–50
31. Chuang W, Chang W, Cheng H, Tsai Yu, Chun X, Shu wen J. Cutting seton for Complex anal fistulas. *Surgeon Journal* 2008; 6:3.
32. Perez F, Arroyo A, Serrano P, Sánchez A, Candela F. Randomized clinical and manometric study of advancement flap versus fistulotomy with sphincter reconstruction in the management of complex fistula –in –ano. *The American Journal of Surgery* 2009.
33. Vial M, Parés D, Pares D, Pera M, Grande L. Fecal incontinence after seton treatment for anal fistulae with and without surgical division of internal anal sphincter: a systematic review. *Colorectal Disease* 2011; 12 : 172 -178.

34. Altomara DF, Greco VJ, Arcana F, Rinaldi M. Seton or glue for trans – sphincteric anal fistulae: a prospective randomized crossover clinical trial. *Colorectal disease* 2010; 13: 82-86.

ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ANEXO 2: ESCALA DE WEXNER.

ANEXO 1: HOJA DE CAPTURA DE DATOS.

NOMBRE: _____ N.S.S. _____ FECHA: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ GÉNERO: MASCULINO _____
FEMENINO _____.
FECHA DE CIRUGÍA: DÍA ____ MES ____ AÑO ____.

DATOS PREOPERATORIOS

Puntuación de Wexner (ANEXO 1): puntuación: _____.
Distancia del orificio externo al orificio interno (cm): _____.
Tipo de trayecto:
1) Rectilíneo: _____ 2) Curvo: _____
Trayectos secundarios: sí: _____ No: _____.
Tipo de cirugía: : _____.

DATOS SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO

COMPLICACIONES INMEDIATAS

Sangrado: Sí _____ No: _____ Infección: Sí : _____ No: _____
Retención Urinaria: Sí: _____ No: _____
Dolor postoperatorio: _____. (0: Nada, 4: Poco, 6: Bastante, 10: Mucho)
Días de estancia intrahospitalaria: _____.

SEGUIMIENTO 3 MESES

RECIDIVA: SI: _____ NO: _____
WEXNER: _____.

SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES:

RECIDIVA: SI: _____ NO: _____
WEXNER: _____.

ANEXO 2: ESCALA DE WEXNER

Escala de Wexner. Puntuación:

	Nunca	< 1 mes	< 1 semana	≥ 1 mes	< 1 día	≥ semana	> 1 día
I. Sólidos	0	1	2	3	4		
I. Líquidos	0	1	2	3	4		
I. Gases	0	1	2	3	4		
Uso pañal	0	1	2	3	4		
Altera vida	0	1	2	3	4		

0= continencia normal.

1-7= Incontinencia leve.

8-14= Incontinencia moderada.

14-20=Incontinencia severa.