

24 11209  
24'

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

División de Estudios de Postgrado  
**HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ**

RESULTADOS DE LA FISTULOTOMIA  
EN EL TRATAMIENTO DE LA FISTULA ANAL  
INFRAELEVADORA TIPO Ia, IIa DE PARKS

**FALLA DE ORIGEN**

**T E S I S**  
Que para obtener el Titulo de  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL  
p r e s e n t a  
**DR. MARTIN CRUZ RODRIGUEZ**



MEXICO, D. F.

1991



## **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 está 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.

HOSPITAL GENERAL DR MANUEL GEA GONZALEZ

DR CARLOS QUINTOS ARANDA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR GILBERTO SALGADO ARTEAGA  
DIRECTOR DE ENSE&ANZA

HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

DRA Ma. DOLORES SAAVEDRA ONTIVEROS  
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACION

SECCION  
DE INVESTIGACION

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ  
SUBDIRECTOR DE ENSE&ANZA

HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZALEZ

SUBDIRECCION  
DE ENSE&ANZA

**DIRECTOR: ANTONIO SERENA SERRADELL**  
**COLABORADORES: DRA MONICA OSIO SALDA & A**  
**DRA ARACELI PEREZ.**

**AD MAIOREM DEI GLORIAM**

#### ANTECEDENTES:

Lat. fistula es un conducto accidental que comunica una glandula o un seno natural y sirve de enmutorio a sus secreciones en lugar del conducto natural. FISTULA ANAL: Es un trayecto que comunica una cavidad con el canal anal o rectal por una abertura interna.<sup>7</sup> Los primeros documentos médicos escritos que se refieren a esta enfermedad provienen de los papiros de Ebers, Chester Beatty VI del antiguo Egipto en los que, además de identificar la etiología de las fistulas anales, se describen ciertos síntomas: "hinchazón dolorosa, derrame"; posteriormente Hipócrates escribió un tratado acerca de las fistulas anales que, para él, eran originadas en un absceso primitivo interno que se abría hacia el recto; describe tres tipos de tratamiento: la incisión, reservada a las fistulas superficiales y a los abscesos maduros; cauterización química y la ligadura progresiva, practicada con un hilo de lino que envuelve o cubre la crin de un caballo que se introducía a través de las fistulas por una sonda, la constricción se obtenía por torsión continua. Susruta cirujano hindu compila todos los conocimientos médicos, clasificando las fistulas como simples, en herradura y complejas; eran tratadas con la evacuación de la pus y por resección en un segundo tiempo del trayecto. En el siglo I Celso

describe la incisión por un estilete y la ligadura despues de la incisión de los planos cutáneos; para las fistulas profundas describe la ablación del orificio primario por un lado y por otro la del trayecto hasta la muscular, que dejaba intacta. Paul de Egina (siglo VII) incidia las fistulas bajas, extirpaba las callosidades de las fistulas altas sin tocar el musculo y reservaba la ligadura para los sujetos pusilanimes. Dentro de la medicina Arabe existia un extenso conocimiento de las fistulas anales y su tratamiento. Rhazes en el siglo IX utilizó la cauterización guiándose sobre una sonda acanalada; Albucasis (Siglo X-XI) empleaba tanto la cauterización como la ligadura; Avicena (Siglo X) utilizó para la ligadura una hebra de seda apretada en ambulación e insistia en el aspecto funcional. Guillermo Salicetti (siglo XIII) empleaba ademas la cauterización utilizando un hilo que jalaba de atras hacia adelante y de adelante hacia atras a manera de sierra cada día hasta lograr la sección completa del musculo. Para Teodorico de Luca en el siglo XIII la etiología era la colección de pus fuera de *fostis proprii* anum, con lo cual se adelantó 4 siglos a la descripción de las criptas de Morgagni. John Ardene (S. XIV) utilizó una tecnica de sección del trayecto fistuloso hasta el recto. Fabricio de Aquapendente (1537-1619) expresó magistralmente todos los tratamientos, su experiencia, que parece haber sido muy grande, lo

llevó a utilizar poco la ligadura (con un hilo de seda roja) y a preferir la incisión con un bisturi curvo de su invención: La Falzetta. Este bisturi se utilizó el 18-Nov-1886 para operar una fistula de Luis XIV por Felix y Bessieresque<sup>1,2</sup> que hicieron una sección directa, el éxito fue completo; inmediatamente despues de esta intervención la fistula se volvió una enfermedad de moda y la incisión fue adoptada oficialmente, la ligadura desapareció casi totalmente durante un siglo. Esta ligadura tuvo una mejoría notable en el siglo XIX gracias a Grandesso Silvestri De Vicenci que utilizó por primera vez el caucho. En el siglo XIX se avanza en los estudios anatómicos, cada vez más precisos ( descripción de los canales glandulares por Hermann y Desfosses en 1880);pero los problemas terapéuticos seguían siendo los mismos que en el siglo anterior y los resultados estaban muy lejos de responder a las expectativas.En 1835 Salmon<sup>2,24</sup> funda en Londres el célebre Hospital de Saint Marks para los pacientes de fistulas anales. En el siglo XX haría falta citar y numerar apasionados trabajos, citamos solamente algunos nombres: Milligan, Morgan, Miles, Gabriel, Goligher, Courtney, Eisenhammer, Parks, Arnous, Parnaud, Lilius :En esta época se admitió el origen criptoglandular de las fistulas anales, se precisó su clasificación, basada en las partes musculares, se precisó que el tratamiento era estrictamente quirúrgico y que depende de las relaciones del trayecto fistuloso

con el aparato esfintérico externo. El tratamiento de la fistula anal ha sido un problema quirúrgico común. La fistula anal es una complicación de un absceso anorectal que se origina en las glándulas que se abren en las criptas de Morgagni a nivel de la línea dentada. Parks dió crédito a los anatomistas franceses Herрман y Desfosse, quienes primero describieron las glándulas anorectales en 1880, y sugirieron que esas glándulas podrian ser la causa de la fistula anal. Reorganizado por Lockhart y Mummery y enfatizado por Parks, el principio básico del tratamiento de las fistulas anales es comprender su origen en un absceso de las glándulas anales de la línea dentada. Parks identificó que la infección de las glándulas anales es la causa de la fistula anal en 9 de c/10<sup>3,25</sup> pacientes. Muchos autores han contribuido significativamente al estudio de la anatomía de la fistula: Eisenhammer<sup>24</sup> hizo notar la importancia del plano interesfintérico, tanto en la patogénesis como en la extensión de la fistula.<sup>25</sup> Steltzner clasificó la fistula anal en tres grupos principales: intermusculares, transesfintéricas y extraesfintéricas. Lilius amplió aun más el concepto de extensión hacia arriba, hasta la pared rectal; Parks sugirió la clasificación, aceptada actualmente: <sup>1,4,7,14,25</sup>

I INTERESFINTERICA.

- a) de trayecto bajo sencillo.
- b) de trayecto ciego, alto.
- c) de trayecto alto, con abertura rectal.
- d) abertura rectal, sin abertura perineal.
- e) extensión extrarrectal.
- f) secundaria a enfermedad pélvica.

II TRASESFINTERICA.

- a) sin complicación.
- b) de trayecto ciego, alto.

III SUPRAESFINTERICA.

- a) sin complicación.
- b) de trayecto ciego, alto.

IV EXTRAESFINTERICA.

- a) secundaria a fistula anal.
- b) secundaria a traumatismo.
- c) secundaria a enfermedad anorrectal.
- d) secundaria a inflamación pélvica.

El tratamiento de las fistulas anales puede ser de diversos tipos los cuales son: fistulotomía, fistulectomía y la colocación de una hebra de hilo a través de la fistula<sup>29</sup>; los diferentes tratamientos son utilizados en los diversos tipos de fistulas anales; a continuación describiremos los tipos Ia y IIa así como el tratamiento propuesto. Las fistulas tipo Ia de Parks son aquellas que después de penetrar en el esfínter interno a nivel de la línea dentada, el trayecto pasa del absceso primario hacia abajo, hasta el margen anal. El tratamiento de esta clase de fistulas consiste en la erradicación de la causa principal de la enfermedad en el canal anal medio, mediante la sección de la mitad inferior del esfínter interno. Este tratamiento rara vez da lugar a trastornos de la función. En las fistulas tipo IIa el trayecto pasa del plano interesfintérico, a través del esfínter externo, a la fosa isquiorrectal y luego a la piel. El nivel al que el trayecto cruza el esfínter externo determina la facilidad o dificultad que se encuentre para el tratamiento. La mayoría de ellas cruzan a nivel bajo de modo que, al dejar abierta la fistula, se conseguirá la división de solamente la porción inferior del esfínter externo y la mitad inferior del interno y, en consecuencia, no es probable el trastorno de la función. Los resultados de la cirugía de fistula varían considerablemente de cirujano a otro y por supuesto, dependerán de la complejidad de la

fistula tratada.

La presencia de fistula anal sintomatica, es indicación para la operación ya que la curación espontanea es muy rara. En los pacientes que tienen continencia anal defectuosa hay contraindicación relativa, ya que la división adicional del músculo requerida en el tratamiento de la fistula puede producir incontinencia total.

El tratamiento de la fistula anal incluye la incisión a lo largo del trayecto fistuloso involucrando la glandula anal infectada.<sup>2,25</sup> Se prefiere la fistulotomia a la fistulectomia y hay varias razones para esto: Primera, en la fistulectomia la extirpación del trayecto completo y del tejido cicatricial adyacente, dará como resultado heridas considerablemente más grandes. Segunda, habrá una mayor separación de los extremos del esfínter, lo cual implica retraso en la cicatrización y Tercero mayores posibilidades de incontinencia del 17 al 31%<sup>7,25</sup> y, facilmente recurrencia.

Las<sup>25</sup> desventajas de la fistulotomia son que facilmente recurren y aunque pueden ocasionar incontinencia temporal ésta es de 0 al 4% de los casos,<sup>2</sup> menos que la fistulectomia. Liluz<sup>25</sup> analizó la bibliografía mundial hasta 1964, y descubrió una enorme diferencia en los informes sobre los resultados de la cirugía de fistula. Los índices de recurrencia registrados variaban de 0.7 por ciento a 28.5 y los trastornos de la continencia anal de 5 al 40 %; su

estudio personal reveló un índice de recurrencia de 5.5%, con trastornos de la recurrencia en el 13.5% de los pacientes. Marks y Richie<sup>7</sup> estudiaron a 793 pacientes tratados en el St. Mark's Hospital de Londres, y encontraron que el seguimiento postoperatorio de estos pacientes reveló cicatrización de casi todas las fistulas. Sin embargo, los resultados funcionales fueron menos satisfactorios, con incontinencia de evacuaciones líquidas en un 17%; de gases en un 25%, y de manchado en un 30%.<sup>7,25</sup>

¿Cuál es el resultado de la fistulotomía en el tratamiento de las fistulas anales Bajos tipos Ia,IIa de Parks en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.?

Las infecciones anorrectales pueden ir acompañadas de un grado significativo de morbilidad y mortalidad, por numerosas razones. En primer lugar, retardo en el diagnóstico y tratamiento de cualquier infección, una mayor diseminación de la infección; y la morbilidad y mortalidad de ésta, por lo general, se relaciona con el tiempo y el grado. Un examen inadecuado frecuentemente conduce a un tratamiento inadecuado. Este estudio nos permitirá conocer la frecuencia con que se presenta la incontinencia anal y la

recidiva en el tratamiento de fistulotomía para fistulas anales tipo Ia y IIa de Parks en nuestro Hospital; estableciendo un marco de referencia que facilite un enfoque terapeutico integral.

Los objetivos de la presente investigación son: Evaluar la fistulotomía como tratamiento en fistulas anales bajas (tipo Ia,IIa de Parks.), evaluar el grado de incontinencia anal posterior a la fistulotomía, conocer la frecuencia de recidiva del padecimiento con este tipo de tratamiento y establecer el tiempo de incapacidad de los pacientes con esta técnica. Para lo cual se ha diseñado un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

#### MATERIAL Y METODO:

Se revisaron los expedientes clínicos de 90 pacientes con diagnóstico de fistula anal, tratados en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, durante el periodo comprendido de Enero de 1985 a Diciembre de 1989. Los criterios de selección de este estudio fueron pacientes operados con el diagnóstico de fistula anal baja tipo Ia o IIa de Parks en el Departamento de Cirugía General durante el periodo mencionado, de ambos sexos y cualquier edad; se excluyeron los pacientes con fistulas anales diferentes al tipo Ia y IIa de Parks, con Enfermedad de Crohn, CUCI y pacientes tratados con técnica diferente a fistulotomía.

Así mismo fueron eliminados los pacientes con Expediente incompleto y pacientes transferidos a otra institución durante el seguimiento clínico .

Se recabaron los siguientes datos de los expedientes revisados: Edad, sexo, localización de la fistula, clasificación, incontinencia, recidiva, seguimiento y etiología.

Se encontraron 33 expedientes con las características mencionadas atendidos en ésta institución durante el periodo establecido; se vaciaron los datos en una hoja de control diseñada para este efecto para su posterior análisis. Los parametros de medición fueron:

- a) Incontinencia anal: GI :Incontinencia a gases  
GII :Incontinencia a líquidos  
GIII :Incontinencia a sólidos
- b) Recidiva: Si: Tiempo en meses  
No.

#### RESULTADOS:

Se encontraron 33 pacientes con fistula anal tipo Ia(n=11) y IIa(n=22) de Parks operados con la técnica de fistulotomía en el periodo comprendido de Enero de 1985 a Diciembre de 1989. Veinte y seis fueron del sexo masculino y siete del femenino, con una relación de 3.7:1 y la edad promedio fue de 37.88 años, con mínima de 3 y máxima de 81, con desviación estándar de 15.878. (figura 2) Los signos y síntomas más frecuentes fueron la secreción purulenta a través de la fistula, que estuvo presente en los 33 enfermos, dolor perianal en 7 pacientes (24%); rectorrágia en 8 pacientes (15%).(figura 4) La etiología más frecuente fue la infecciosa que estuvo presente en 31 pacientes (93.93%) y la iatrogénica presente en 2 pacientes (6.07%). Al clasificar los pacientes según Parks, se observó que de los 33 pacientes 22 correspondían al tipo IIa (66.66%) y 11 al tipo Ia (33.34%); teniendo una relación 2:1.(figura 1). De los 33 pacientes tratados con fistulotomía 3.03% (figura 3) presentó incontinencia postoperatoria, grado II.

**RESULTADO DE LA FISTULOTOMIA EN EL TX.  
DE LA FISTULA ANAL TIPO Ia Y IIa PARKS.**

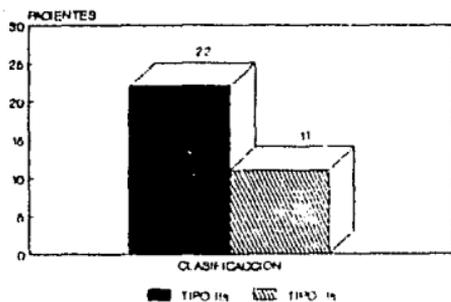


FIGURA 1

**RESULTADO DE LA FISTULOTOMIA EN EL TX.  
DE LA FISTULA ANAL TIPO Ia Y IIa PARKS.**

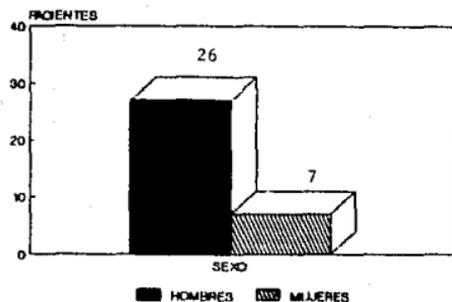


FIGURA 2

**RESULTADO DE LA FISTULOTOMIA EN EL TX.  
DE LA FISTULA ANAL TIPO Ia Y Ib PARKS.**

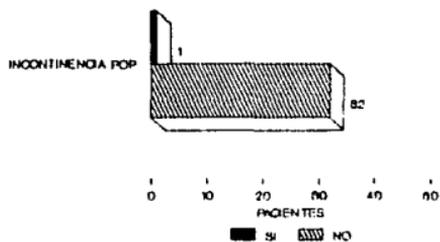


FIGURA 3

**RESULTADO DE LA FISTULOTOMIA EN EL TX.  
DE LA FISTULA ANAL TIPO Ia Y Ib PARKS.**

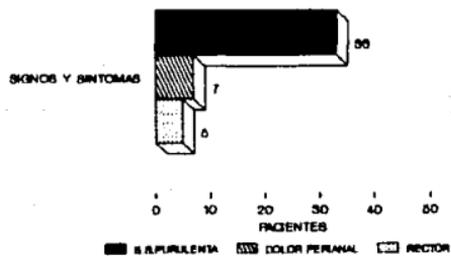


FIGURA 4

No se presentó mortalidad y las complicaciones más frecuentes fueron absceso perianal en un paciente e infección de la herida en otro siendo del 6.06%. El tiempo promedio de incapacidad con esta técnica fue 8.45 días con un rango de 3 a 21 días, con desviación estándar 4.809; el tiempo promedio de seguimiento fue de 4.66 meses con un rango de 1 a 12 meses, con desviación estándar de 3.870.

#### DISCUSION:

Los datos clínicos que se observaron en esta revisión fueron similares en gran parte a los reportados por otros autores<sup>14,9</sup>. Predominando los pacientes masculinos en mayor número<sup>9</sup>. Parks et al<sup>14</sup> especularon que las fistulas interesfintéricas podrían ser el tipo predominante en la población. Esto no se presentó en los casos que revisamos, ya que el tipo más frecuente que encontramos fueron las transesfintéricas.

La evidencia actual indica que la infección de las glándulas anales es probablemente la causa más común de formación de absceso y de fistula<sup>21</sup>, situación que observamos en nuestra revisión ya que el 93% de los casos correspondió a un proceso infeccioso y sólo el 7% fue de origen iatrogénico.

La incontinencia se presentó en sólo el 3.03% de nuestros casos, lo que concuerda con la literatura<sup>2,25</sup>; con respecto a la recurrencia se ha reportado que va del 0.7% a 5.5%<sup>7,25</sup>, en nuestra revisión no se encontró recurrencia, sin embargo Caroi<sup>14</sup> en su artículo informó que las recurrencias se presentaron a los 25 meses de la operación, punto donde no podemos comparar ya que el seguimiento de nuestros pacientes fue de máximo 12 meses.

Donde todos concuerdan es en el menor número de días de incapacidad que oscila entre 3 y 7 días, punto que confirma lo observado en nuestros pacientes que es de 8.4 días.

Es difícil comprender por qué hay tanta diferencia en los resultados de la cirugía de fistulas. Uno de los factores evidentemente, es la diferencia de la población de pacientes.

La pericia del cirujano constituye un factor obvio. Otro es la minuciosidad del informe.

#### CONCLUSIONES:

- 1) La fistulotomía es un procedimiento sencillo, seguro y efectivo
- 2) La incontinencia anal tiene una incidencia del 3.03% con este procedimiento
- 3) El tiempo promedio de incapacidad fue corto de 8.4 días.
- 4) Las recurrencias son mínimas o nulas
- 5) En las fistulas bajas este procedimiento es el indicado.

REFERENCIAS.

1) J. DENIS, N. LEMARCHAND

Fistulas Anales. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris) 9085  
5-1990.

2) DAVID ADAMS, PAUL J. KOVALCIK

Fistula in Ano. Surgery Gynecology and Obstetrics Nov. 1981. Vol  
153.

3) A. G. PARKS.

Pathogenesis and treatment of fistula in ano. Brit. J. Surg.  
Feb. 18, 1961

4) Stanley Goldberg, A. G. Parks.

Fistula in Ano. Dis Colon Rectum Vol. 19, No. 6 Sep. 1976

5) Jhon R. Hill

Fistulas and Fistulous Abscess in the Anorectal Region: Personal  
experience in management. Dis Colon Rectum 10: 421, 1967.

8)W. PATRICK MAZIER.

The Treatment and Care of Anal Fistulas: A study of 1,000 Patients  
Dis. Col & Rect Vol. 14, No2, Mar-Apr, 1971

7)G. G. MARKS, JEAN K. RITCHIE

Anal fistules at St Mark's Hospital  
Br. J. Surg. Vol 64 (1977) 84-91

6)M. PESCATORI, G. MARIA

Anal Monometry Improves the Outcome of surgery for Fistula-in-ano  
Dis. Col & Rect Vol. 32, No7, July 1989

9)JOHN C. GOLIGHER

Fistula in ano. Dis. Col. & Rect Vol. 19, No6, September 1976.

10)ROBERT D. FRY, ELI I. SHEMESH.

TECHNIQUES AND RESULTS IN THE MANAGEMENT OF ANAL AND PERIANAL  
CROHN'S DISEASE. Surgery Gynecology & Obstetrics 1989 Vol. 168

11)DAVID S. LEVIEH, JAMES SURELL.

Surgical Treatment of anorectal fistula in patients with Crohn's  
disease. Surgery Gynecology & Obstetrics August 1989 Vol 169.

12) JESSE E. THOMPSON, ROBERT S. BENNION.

Adjustable seton in the management of complex anal fistula.  
Surgery, Gynecology & Obstetrics December 1989 Vol. 169.

13) PARAVASTHU S. RAMANUJAM, M. LEELA PRASSAD.

Perianal abscesses and fistulas. Dis. Col. & Rect Vol. 27. No 9. sept  
1984.

14) CAROL-ANN VASILEVSKY, PHILIP H. GORDON.

RESULTS OF TREATMENT OF FISTULA IN ANC. Dis. Col & Rect.  
1984; 28: 225-231.

15) VICTOR W. FAZIO.

COMPLEX ANAL FISTULAE. Gastroenterology Clinics of North America.  
VOL. 18. No. 1 March 1987.

16) RAYMUN C. DOBERNECK.

Perianal Suppurations: Results of Treatment. The American Surgeon  
1987. Vol. 53. No 10: 569-72.

17) Richar K. Reznick. Randolph Bailey.

Closure of the internal opening for Treatment of Complex  
Fistula-in-ano. Dis Col & Rect Feb. 1988 31(2): 116-18.

18) Ian T. Jones, Victor W. Fazio.

The Use of Transanal Rectal Advancement Flaps in the Management of  
Fistulas Involving the Anorectum. Dis Col & Rect Dic 1987  
30(12):919-23.

19) Eli I. Shemesh, Ira J. Kodner.

Endorectal Sliding flap of Complicated Anterior Anoperineal  
Fistulas. Dis Col & Rect 1988;31:22-24.

20) Scott D. Goldstein.

Anal Fissures and Fistulas. Postgraduate Medicine 1987 82(7):86-92.

21) Stephen Eisenhammer.

The Final Evaluation and Classification of the Surgical Treatment  
of the Primary Anorectal Cryptoglandular intermuscular  
(Intersphincteric) Fistulous Abscess and Fistula. Dis Col & Rect  
1978 21(4):237-54.

22) Jack W. McElwain, M. Douglas McLean

Anorectal Problems: Experience with Primary Fistulectomy for  
anorectal Abscess, report of 1,000 cases. Dis Col & Rect 1975  
18(8):846-49.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

23) Flich Carbonell, Díaz Fons.

Fistula perianal. Sección de esfínter con «setón»

Rev Esp Enf Ap Digest 1987 72,4-1 (339-342).

24) Banov L, Frederick Salmon.

Surgeon Who Founded St. Mark's Hospital

Dis Col & Rect 1968 11:447.

25) Goldberg M. Stanley.

Fundamentos de Cirugía Anorectal.

Editorial Limusa 1986.