



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado e Investigación

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**“GRADO DE INCONTINENCIA Y RECIDIVA EN
FISTULECTOMIA CON PLASTIA DE LOS ESFINTERES
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE FISTULA ANO
RECTO PERINAL COMPLEJA, ESTUDIOS DE CASOS
CONTROL”**

Trabajo de Investigación que Presenta:

DR. GUSTAVO EDUARDO DEL CARMEN CUEN

Para Obtener el Diploma de la Especialidad

COLOPROCTOLOGIA

Asesor de Tesis:

DR. JOSE MA. HERREJON CAMARGO

No. De Registro en el ISSSTE 140.2012





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

	Pagina.
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	8
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
DISEÑO METODOLOGICO.....	17
MUESTRA.....	19
CRITERIOS DE INCLUSION.....	19
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	19
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	19
OBJETIVOS GENERALES.....	20
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	32
CONCLUSION.....	36
HOJA DE COLECCIÓN DE DATOS (Hoja 1).....	37
HOJA DE COLECCIÓN DE DATOS (Hoja 2).....	38
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	39
BIBLIOGRAFIAS.....	40

AGRADECIMIENTOS

- A dios fuente de vida y alivio espiritual.
- A mis padres, hermanas y familiares por el apoyo y amor que siempre me han brindado
- A mis amigos ya que siempre saben cuando y como estar junto a mi.
- A mis maestros por que diariamente contribuyeron a mi formación académica.
- A todos lo que depositaron su confianza en mí, incluidos los pacientes.
- A los días de oscuridad por que ahora puedo ver con claridad el sol y ser la Persona que soy.

RESUMEN

TITULO. “Grado de incontinencia y recidiva en fistulectomía con plastia de los esfínteres en pacientes con diagnostico de fistula ano recto perineal compleja, estudio de casos clínicos”

AUTORES. AUTOR: DR. DEL CARMEN CUEN GUSTAVO EDUARDO.

COAUTOR: DR. HERREJON CAMARGO JOSE MARIA.

INSTITUCION. Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos (ISSSTE).
SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA.

INTRODUCCIÓN. Las fístulas anales complejas (FAC) son un desafío para los coloproctólogos, por la recurrencia e incontinencia. Pocos estudios evalúan los resultados funcionales en relación a la fisiología ano-rectal postquirúrgica.

OBJETIVO: Determinar el grado de incontinencia y recidiva de pacientes con fistulectomía y reconstrucción primaria del esfínter anal en el tratamiento de FAC.

MATERIAL Y METODOS. Estudio prospectivo de 18 pacientes con FAC, sometidos a fistulectomía con reconstrucción primaria de esfínteres. Valorándolos al mes y al año de la cirugía. Realizando USG endoanal pre-quirúrgico y manometría ano-rectal anual. Usamos la escala de Jorge y Wexner (0-20). Determinando estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS. Las FAC se clasificaron como: transesfintéricas altas en 16 (88.88%) y supraesfintéricas 2 (11.11%). Ninguno refirió incontinencia previa. En el postoperatorio: J

y W al mes: media 2.7. Al año: J y W 12 (66%) pacientes de 0, en 3 (16%) de 1, en 3 (16%) de 2. Manometría: Presión en reposo, media 57.88 mm Hg. y de contracción máxima, media 146.61 mmHg. El 100% reporto buena calidad de vida al año de la cirugía. Solo 1 (5.56%) tuvo recurrencia.

CONCLUSIONES. La Fistulectomía con plastia de esfínteres es un recurso eficaz en el tratamiento de las FAC, con adecuada continencia y baja recidiva.

PALABRA CLAVE. Fistulas Anales Complejas (FAC).

ABSTRACT

TITLE. “Degree of incontinence and recurrence fistulectomy with sphincter plasty in patients with a diagnosis of complex perineal fistula straight year, clinical case study”

AUTHORS. AUTHOR: DR. DEL CARMEN CUEN GUSTAVO EDUARDO.

CO-AUTHOR: DR. HERREJON CAMARGO JOSE MARIA.

INSTITUTION. Hospital regional Adolfo López Mateos (ISSSTE). Coloproctology.

INTRODUCTION. Complex anal fistulas (FAC) is a challenge for colorectal surgeons because the rate of recurrence and postoperative incontinence. Few studies evaluate functional outcome in relation to postoperative anorectal physiology.

OBJETIVE. To determine the degree of incontinence and recurrence of patients with primary fistulectomy and anal sphincter reconstruction in the treatment of FAC.

MATERIALS Y METHODS. Prospective study of 18 patients with FAC who underwent fistulectomy with primary sphincter reconstruction being evaluated at the first and one year later. Performing pre-operative endoanal USG and anorectal manometry one year later. We use the scale of Jorge and Wexner (0-20). Determining descriptive statistic, measure of central tendency and dispersion.

RESULTS. The FAC were classified as: high tras-sphincteric in 16 (88.88%) and supra-sphincteric 2 (11.11%). Non mentioned previous incontinence. Postoperative J y W first month: mean 2.7. One year: J y W 12 (16%) patients of 0, 3 (16%) of 1, 3 (16%) of 2. Manometry: pressure at rest, mean 57.88 mmHg. And maximum contraction, average

146.61 mmHg. 100% reported good quality of life one year after surgery. Only 1 (5.56%) had recurrence.

CONCLUSIONS: The fistulectomy with sphincteroplasty is a effective procedure in the treatment of the FAC, with adequate continence and low recurrence.

KEYWORD. Complex anal fistulas (FAC).

INTRODUCCION:

El tratamiento de las Fistulas anales es muy variable, y se han optado diferentes tratamientos desde la antigüedad, evidencia de eso es que Hipócrates (469 – 365 a.C.) Ya consideraban la fistula anal teniendo como procedimientos: la Incisión, la cauterización y la ligadura⁽¹⁾. Donde la incisión se realizaba en fístulas superficiales, la cauterización se realizaba con una sonda y posteriormente se cauterizaba durante 5 días y la ligadura se utilizaba en fístulas anales complejas en donde se necesitaban ya sea de hilo de lino plegado 5 veces y rodeado por una crin de caballo el cual se introducía en el trayecto fistuloso y día a día se realizaba constricción hasta cortar el trayecto fistuloso.

Un acontecimiento histórico, la Fístula del rey Louis XIV de Francia (fig. 1), donde se realizó un recopilación de todas las técnicas quirúrgicas para fistulas anales por parte del cirujano Félix de Tassy y la supervisión personal del Rey. Siendo el día 18 de Noviembre de 1686 la intervención quirúrgica del Rey en el salón “L’oeil de Boeuf” del palacio de Versailles⁽¹⁾. Sin embargo con una evolución complicada ya que posteriormente se requirieron de 5 intervenciones, dándose por curado el rey casi 3 meses después, el día 15 de febrero de 1687. Después de esta difícil recuperación se decidió incluir la enseñanza de la Cirugía en las Escuelas de Medicina de Francia, marcando el fin de la era de los cirujanos barberos.



Fig. 1. Rey de Francia Luis XIV.

En 1835 se fundó el hospital St. Mark's de Londres, dedicado al tratamiento de las fístulas y otros padecimientos del recto, marcando un verdadero hito en el desarrollo del tratamiento de las enfermedades anorrectales.

Una fístula es una comunicación anormal entre dos superficies revestidas de epitelio. La mayoría de las fístulas anales se originan a partir de la infección de una cripta anal, en la que desemboca una o más de las glándulas de Hermann y Desfosses (Fig. 2), en su evolución tiende a formar trayectos que pueden ser simples o complejos ⁽¹⁾.

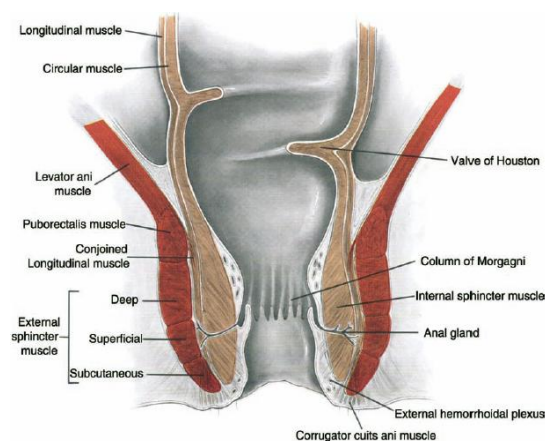


Fig. 2. Glándulas anales.

La infección inicia en la cripta, en el sitio de desembocadura de la glándula la cual se considera como orificio primario o causal, este proceso infeccioso sigue por el conducto de toda la glándula llegando a alcanzar el espacio inter-esfínterico, donde dependiendo de la predisposición anatómica del paciente así será su presentación ya sea: Interesfinterica, transesfinterica, supraesfintericas y extraesfínterica (según la clasificación de STELTZNER) (Fig 3). Este origen cripto-glandular se presenta en el 90% de todas las fistulas. El 10% restante, es secundario a patologías como: tuberculosis, Hidradenitis, Enf. de Crohn, fisuras infectadas, cáncer en su forma fistulosa, etc.

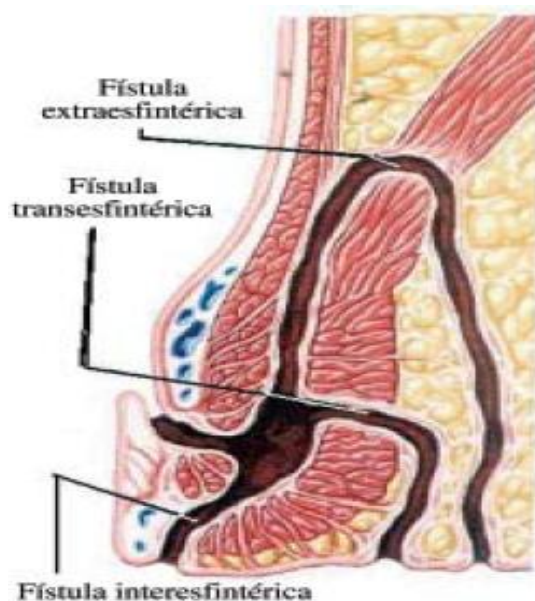


Fig. 3. Diferentes tipos de presentación de las fístulas.

Existen numerosas clasificaciones para las fistulas anales, sin embargo las más útiles son aquellas que se basan en localizar el trayecto fistuloso en relación al esfínter anal y los espacios en conexión con el conducto anal y el recto. La clasificación más conocida y usada es, quizás, la clasificación de Parks y colaboradores (3).

CLASIFICACION DE PARKS Y COLS ⁽⁶⁾.

INTERESFINTERICAS.

Trayecto bajo simple (fig 4). Trayecto alto ciego(Fig. 5). Trayecto alto con orificio rectal (Fig. 6). Orificio rectal sin orificio perineal (Fig. 7). Secundaria a enfermedad pélvica (Fig. 8).

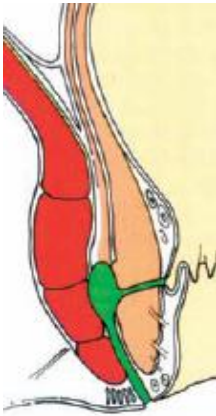


Fig. 4. Trayecto bajo simple.



Fig. 5. Trayecto alto ciego.

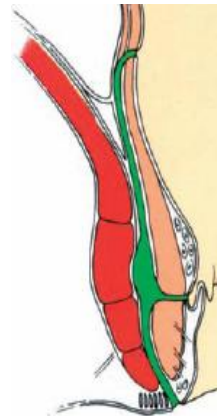


Fig. 6. Trayecto alto con orificio rectal.

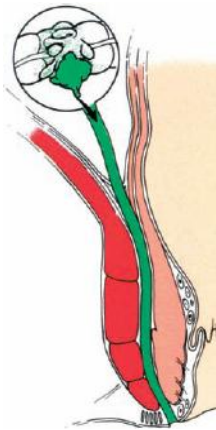


Fig. 7. Orificio rectal sin orificio perineal.

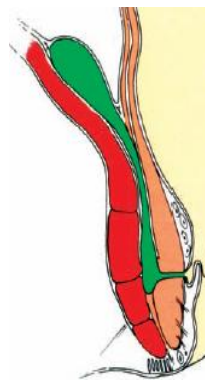


Fig. 8. Secundaria a enfermedad pélvica

TRANSESFINTERICA.

No complicada (Fig. 9). Trayecto ciego (Fig. 10).

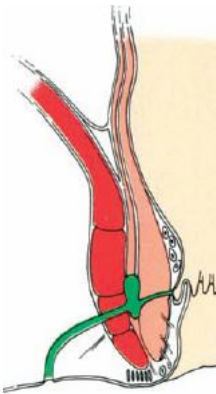


Fig. 9. No complicada.

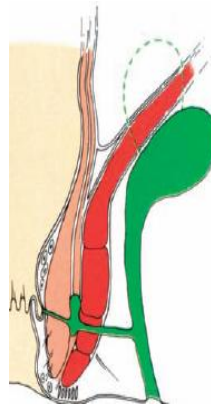


Fig. 10. Trayecto ciego.

SUPRAESFINTERICA. No complicada (Fig. 11). Trayecto ciego (Fig. 12).

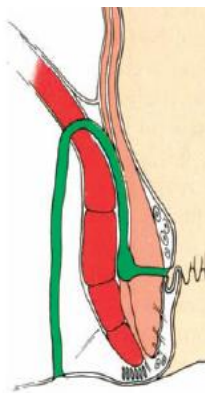


Fig. 11. No complicada.

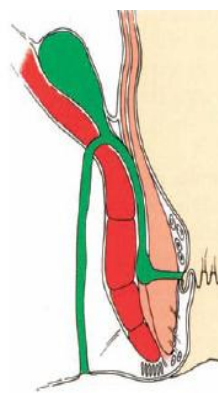


Fig. 12. Trayecto ciego.

EXTRAESFINTERICA. 2ª. a Fístula transesfinterica (Fig. 13). 2ª. a Trauma (Fig 14). 2ª. a Enfermedad ano rectal (Fig. 15). 2ª. a Inflamación pélvica (Fig. 16).

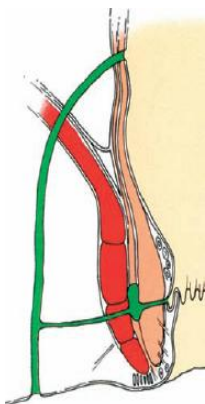


Fig. 13. Sec. A Fístula Transesfinterica.

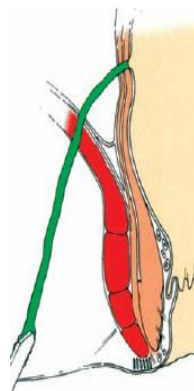


Fig. 14. Sec a Trauma.

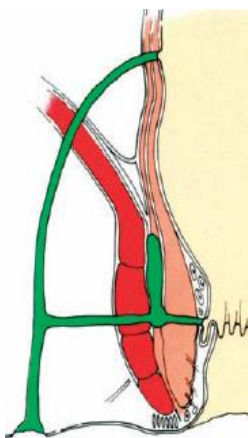


Fig. 15. Sec. a enfermedad ano-rectal.

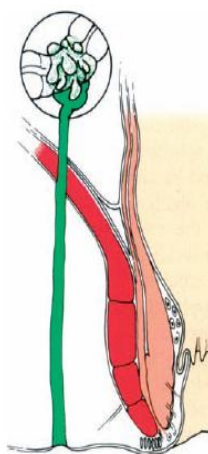


Fig. 16. Sec a Inflamación pélvica.

FISTULA EN HERRADURA (Fig. 17). Interesfinterica. Transesfinterica.

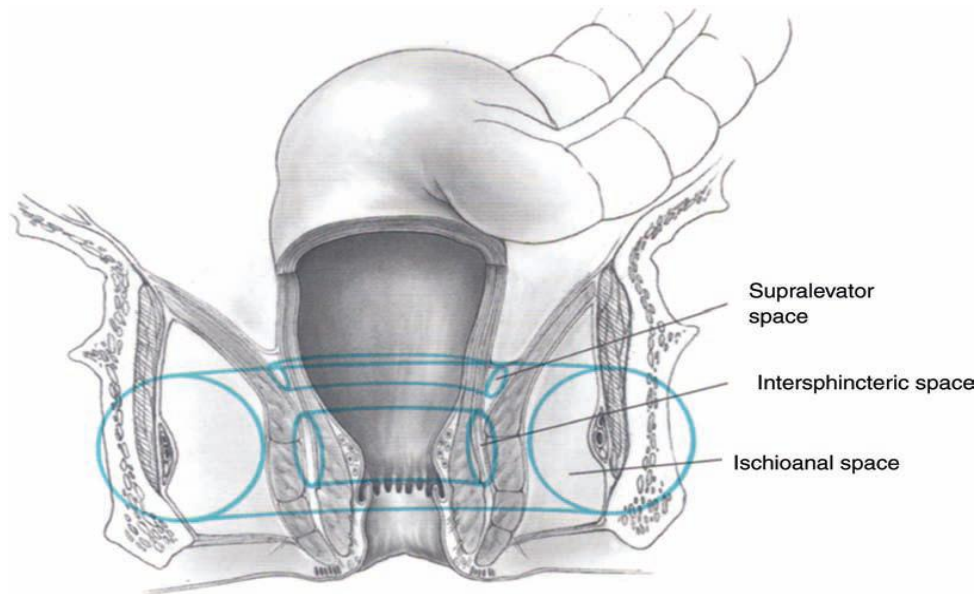


Fig. 17. Trayectos interesfintéricos o transesfintéricos que se evolucionan a fístulas en herradura.

Las Fístulas de origen criptoglandular tienen un 2% de riesgo de convertirse en fístulas complejas, la cripta más frecuentemente afectada se localiza a nivel anal posterior ⁽⁴⁾, esto se explica porque el mayor porcentaje de criptas anales se encuentra a nivel posterior. Las fístulas pueden dividirse en crónicas (fístula propiamente dicha) y crónicas agudizadas (absceso fistuloso). Se consideran como fístulas simples, las fístulas de trayecto transesfintérico bajo, las interesfintéricas (afectación del esfínter anal interno) y que no presentan senos o trayectos accesorios.

Las Fístulas complejas comprenden:

- a) Aquellas cuyo trayecto fistuloso involucre más del 50% del esfínter anal externo (trans-esfínterica altas, supra esfínterica o extraesfínterica).

Aunque algunos autores mencionan un porcentaje menor del 30 – 50%.

- b) La presencia de 2 o más trayectos fistulosos o senos anales (Fig. 18).
- c) Fístulas en herradura.
- d) Fístulas recidivantes.

Las fístulas complejas han sido un desafío para los cirujanos coloproctólogos ya que posterior al tratamiento quirúrgico una gran cantidad de pacientes cursan con recurrencia y/o incontinencia, situación que ha generado que muchos cirujanos sean renuentes a tratar las fistulas complejas, aplicando técnicas quirúrgicas cada vez más conservadoras, sin embargo con resultados no siempre satisfactorios. Pocos estudios han evaluado los resultados funcionales y su relación con la fisiología anorectal posterior a una cirugía invasiva como lo es la fistulectomía con plastia de los esfínteres, sin embargo, el deterioro de la incontinencia ha sido revisado superficialmente en múltiples bibliografías, probablemente su incidencia sea minimizada ya que el paciente la considera como algo vergonzoso, evitando comentarla al médico ⁽⁵⁾.

Algunos estudios manejan incontinencia como la salida de gases o materia fecal ya sea solida o líquida sin embargo en nuestro estudio se tomo en consideración la escala de Jorge y Wexner en la cual se toma en cuenta además, el manchado de ropa y la alteración en el estilo de vida, de valor primordial para la calidad de vida del paciente.

El ultrasonido endo-anal es un estudio que nos permite delimitar el trayecto fistuloso así como valorar el tipo de fistula según la clasificación de Parks, para considerarlas simples o complejas, de igual manera nos permite identificar otros trayectos o lesiones no sospechadas del esfínter anal, relacionada con mayor riesgo de incontinencia posoperatoria y recurrencias.



Fig. 18. Imagen de USG en fistula anal transesfintérica en tercio medio antero-lateral izq. y seno anal postero-lateral derecho.

Pocos estudios evalúan los resultados funcionales posterior a una cirugía invasiva como la fistulectomía con plastia de los esfínteres así como el grado de continencia ha sido revisado solo superficialmente en múltiples estudios (7). Numerosos autores han reportado grados de incontinencia de 10-30% posterior al procedimiento (8,9).

Realizamos un protocolo de investigación con el propósito de evaluar el resultado de la fistulectomía con reconstrucción del esfínter anal en fístulas anales complejas, evaluando la recurrencia y la continencia en pacientes del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, con una vigilancia postoperatoria de 1 año.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las Fístulas complejas han sido un desafío para los médicos coloproctólogos ya que posterior al tratamiento la evolución del paciente está muy relacionado con recurrencia e incontinencia. En el Servicio de Coloproctología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, nos propusimos evidenciar la continencia y la recidiva del proceso fistuloso secundarias a Fistulectomía con reconstrucción primaria de los esfínteres anales en pacientes con fistulas complejas, demostrando que es una técnica quirúrgica con baja recidiva y con poca alteración de la continencia.

DISEÑO METODOLOGICO.

Prevía autorización por el comité de investigación se realizó un estudio prospectivo de los pacientes con diagnóstico de fístula ano recto perineal compleja, a los que se les realizó fistulectomía anal con reconstrucción primaria de los esfínteres en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en el periodo 01 marzo del 2010 a 29 Febrero del 2011 y con vigilancia de 1 año, valorando la continencia preoperatoria y la evolución posterior a la intervención quirúrgica. El procedimiento quirúrgico consistió en la resección del trayecto fistuloso desde el orificio secundario hasta la cripta de origen, realizando criptectomía y posteriormente plastia primaria de los esfínteres alternando puntos con Vicryl (poliglactina 910) y Prolene del 3-0, puntos en "X" con el nudo hacia el exterior del conducto anal y cierre de la mucosa con catgut del 2-0 y base externa dejándose abierto de manera triangular. Todos los pacientes fueron diagnosticados con fístula anal compleja, considerando como tales a las fístulas que involucraron más del 50% del esfínter anal externo (transesfintéricas altas, supraesfintéricas o con extensión alta).

Se incluyeron en el estudio una vez aceptado y firmado el consentimiento para participar el estudio.

Excluyendo a todos los pacientes con incontinencia previa, fisura anal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades hematológicas malignas, radiación previa, trauma ano-rectal, neoplasias ano-rectales y fistula recto-vaginal, así como pacientes que no contaban con USG endoanal previo a la intervención quirúrgica, pacientes con alteraciones en la cicatrización, pacientes con cirugía endoanal previa y pacientes diabéticos, llegando a eliminar de nuestro estudio a aquellos pacientes que no acudieron a las citas programadas o a pacientes que deseaban salirse del protocolo de estudios. La escala de Jorge y Wexner fue una pauta clínica para valorar la incontinencia por parte del médico, en donde se valora mediante una escala de 0-20 puntos el grado de incontinencia, tomando en cuenta el tipo (sólida, líquida, gas, ensuciamiento y alteraciones en el estilo de vida) y la frecuencia (nunca, raro, algunas veces, usualmente y siempre), siendo realizada al mes y a los 12 meses de la cirugía. Se realizó USG endoanal previo a la cirugía para determinar que complejidad presentaba el trayecto fistuloso de acuerdo a la clasificación de Parks, así como para identificar defectos sospechados e insospechados de los esfínteres. Se realizó manometría anorrectal al año de la cirugía, la cual consiste en valorar la fisiología del ano-recto mediante un registro de presiones del conducto anal, la cual nos permitió evaluar el grado de incontinencia, midiendo la Presión de Reposo (PR), presión del EAI y del EAE y la Presión Máxima de Contracción (PMC). Posteriormente se valoraron mediante estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, así como proporciones para variables cualitativas, frecuencia y proporciones. Los datos se colectaron en el sistema estadístico STATA.

MUESTRA:

Se utilizó una muestra de 18 pacientes a los que se les realizó fistulectomía con plastia de los esfínteres anales por fistulas complejas.

CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Todo paciente que se le realizó fistulectomía con plastia primaria del esfínter anal por fistula anal compleja.
- ✓ Paciente que aceptó bajo consentimiento informado formar parte de la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Pacientes con fisura anal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades hematológicas malignas, radiación previa, trauma ano rectal, neoplasias y fístula recto-vaginal.
- ✓ Pacientes que no cuenten con USG endo-anal previo a la intervención quirúrgica.
- ✓ Pacientes con alteraciones en la cicatrización.
- ✓ Pacientes con cirugía endoanal previa.
- ✓ Pacientes diabéticos.
- ✓ Paciente que no consintieron participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- ✓ Pacientes que no acudieron a sus citas.
- ✓ Pacientes que decidieron salirse del protocolo.

OBJETIVOS GENERALES

Determinar el grado de incontinencia y recidiva de los pacientes con fistulectomía y reconstrucción primaria del esfínter anal en el tratamiento de fístulas complejas.

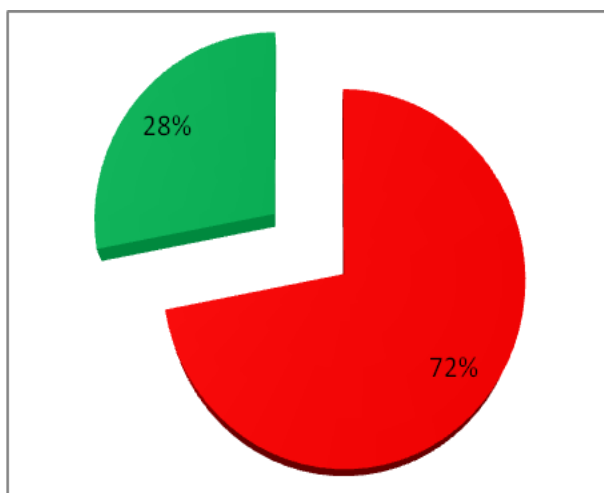
OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Establecer la prevalencia de fistulectomías con reconstrucción de esfínteres anales por fistulas complejas en el Servicio de Coloproctología del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.
- ✓ Determinar las complicaciones más frecuentes posteriores a realizar fistulectomía con reconstrucción primaria del esfínter anal.
- ✓ Establecer el grado de dolor posterior a realizar fistulectomía con reconstrucción primaria del esfínter anal.
- ✓ Valorar los cambios manométricos posteriores a realizar fistulectomía con reconstrucción primaria del esfínter anal.
- ✓ Grado de satisfacción del paciente.

RESULTADOS.

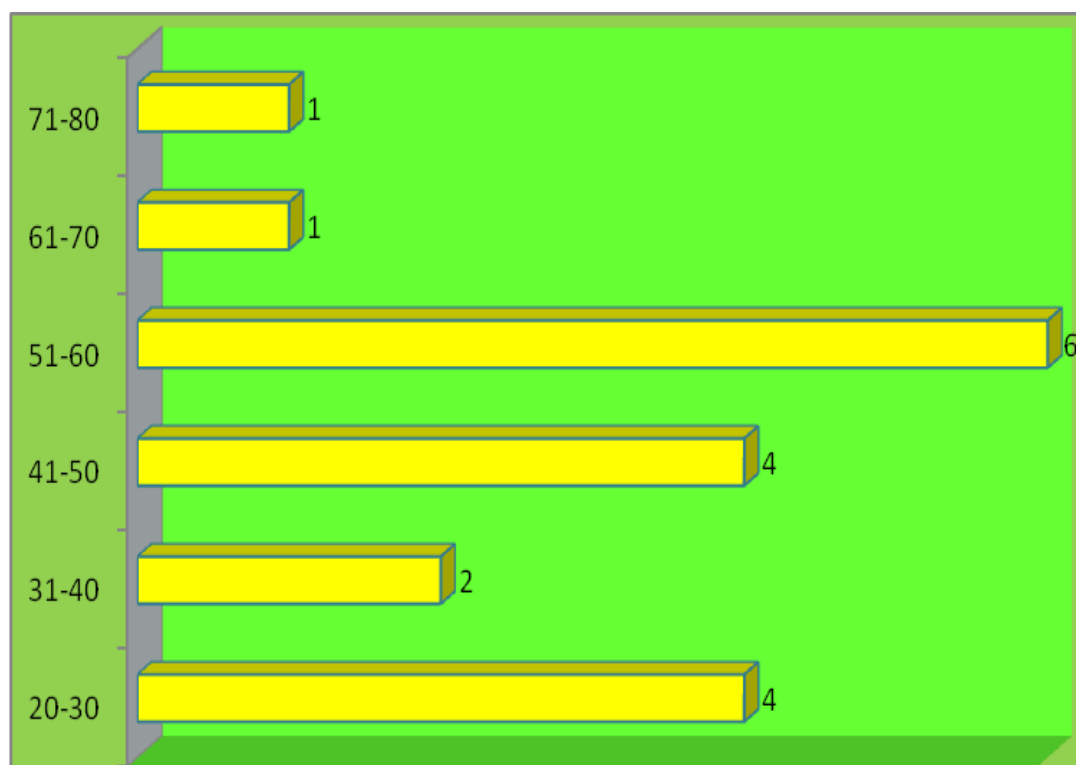
Los resultados de la investigación fueron valorados al mes y al año de la fistulectomía con plastía de los esfínteres. Inicialmente se valoró la distribución por sexo, la distribución por edad, la continencia y el tipo de fistulas tanto clínica como ultrasonográficamente. En el primer mes: la presencia, intensidad y duración del dolor, el sangrado, las molestias principales y fundamentalmente la incontinencia conforme a la escala de Jorge y Wexner. Al año de la cirugía se valoraron las molestias principales, la incontinencia (J y W), valores manométricos (presión en reposo y de contracción máxima) y las recidivas.

La distribución por sexo de los pacientes con fistulas complejas a los que se les realizó fistulectomía con plastia de los esfínteres anales fue de predominio del sexo masculino teniendo en total 13 pacientes correspondiendo al 72%, en comparación con el sexo femenino en donde se integraron al estudio 5 pacientes correspondiendo al 28% (Grafica 1).



GRAFICA 1. Distribución del sexo de pacientes sometidos a Fistulectomía con plastia de esfínteres con Diagnóstico de FAC., para el sexo femenino 5 (28%) y masculino 13 (72%).

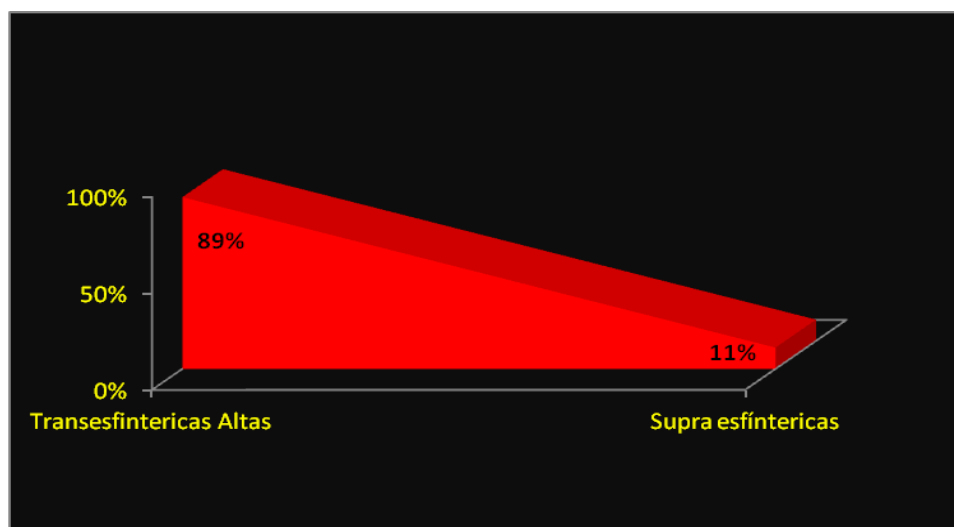
En la distribución de edad de los pacientes que presentaron fistulas ano recto perineal en quienes se realizó fistulectomía fueron las siguientes: 20, 24, 29, 30, 33, 39, 41, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 57, 58, 63 y 80 años. Teniendo una media de 46 años (Grafica 2). Demostrando una distribución sin predominio particular en cuanto a la edad del proceso fistuloso.



GRAFICA 2. La edad media de los 18 pacientes fue de 46 años, con edad mínima de 20 años y máxima de 80 años.

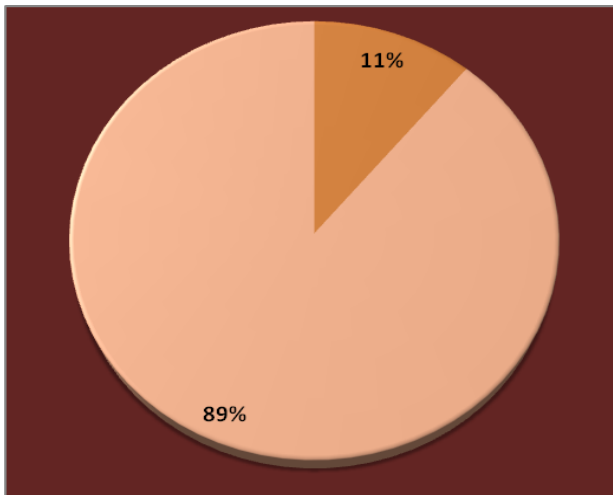
Para valorar el tipo de fistulas a las cuales se les realizaría la fistulectomía con plastia de los esfínteres, fue indispensable contar con USG endoanal, en donde se observó la complejidad del trayecto fistuloso. En los resultados del USG se encuentra una alta incidencia de fistulas transesfinatericas que comprometían mas del 50% del complejo

esfinteriano con un total de 16 pacientes correspondiendo al 89% de los casos, en comparación con solo 2 casos de fistulas supra esfintéricas correspondiendo a un 11% (Grafica 3).



GRAFICA 3. El tipo de fístulas complejas fueron 16 trans-esfintericas (89%) y 2 supra-esfíntericas (11%).

El dolor posoperatorio siempre forma parte como unos de los síntomas principales en el posoperatorio en todo procedimiento proctológico, sin embargo el 11% correspondiendo a 2 pacientes, se refirieron sin dolor. En comparación con el 89% que presento este síntoma (Grafica 4).



GRAFICA 4. El análisis de pacientes con dolor al mes de la cirugía fue 16 pacientes (89%) con dolor y 2 pacientes (11%) sin dolor.

La evaluación del dolor se evaluó en relación a la escala de EVA (Evaluación Visual Análoga) (Figura 19).



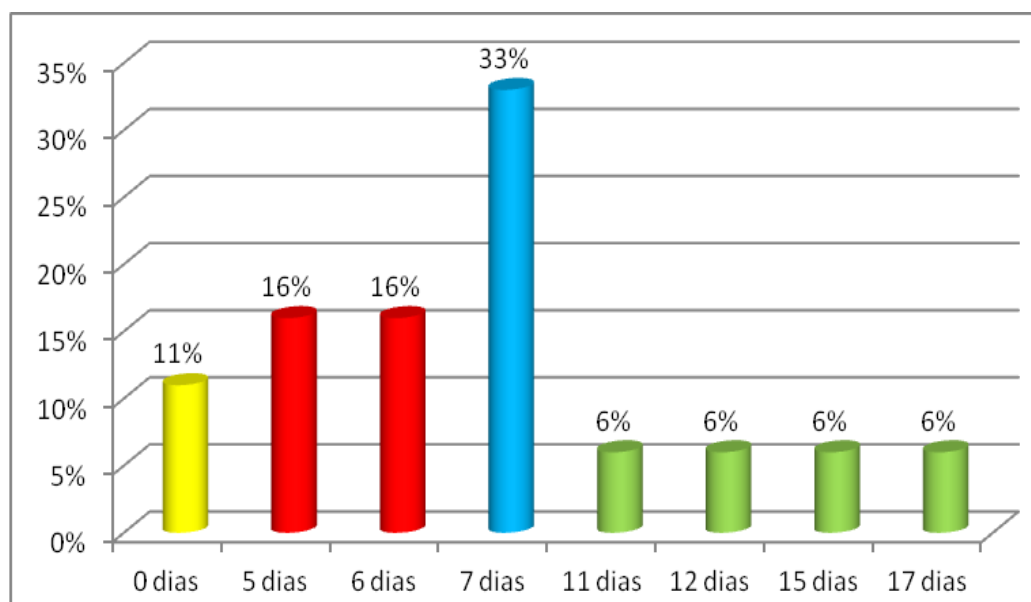
Fig. 19. Evaluación Visual Análoga (EVA). 0-2: Leve. 3-6: Moderado. 7-10: Severo.

El dolor fue referido como leve-moderado por los pacientes, relacionado en todos los casos como posterior a las evacuaciones, sin llegar a ser incapacitante para el paciente, solo un paciente refirió una EVA de 7 siendo éste del sexo masculino (Tabla 1).

EVA	PACIENTES	PORCENTAJE
0	2	11%
1	1	6%
2	1	6%
3	2	11%
4	7	38%
5	2	11%
6	2	11%
7	1	6%

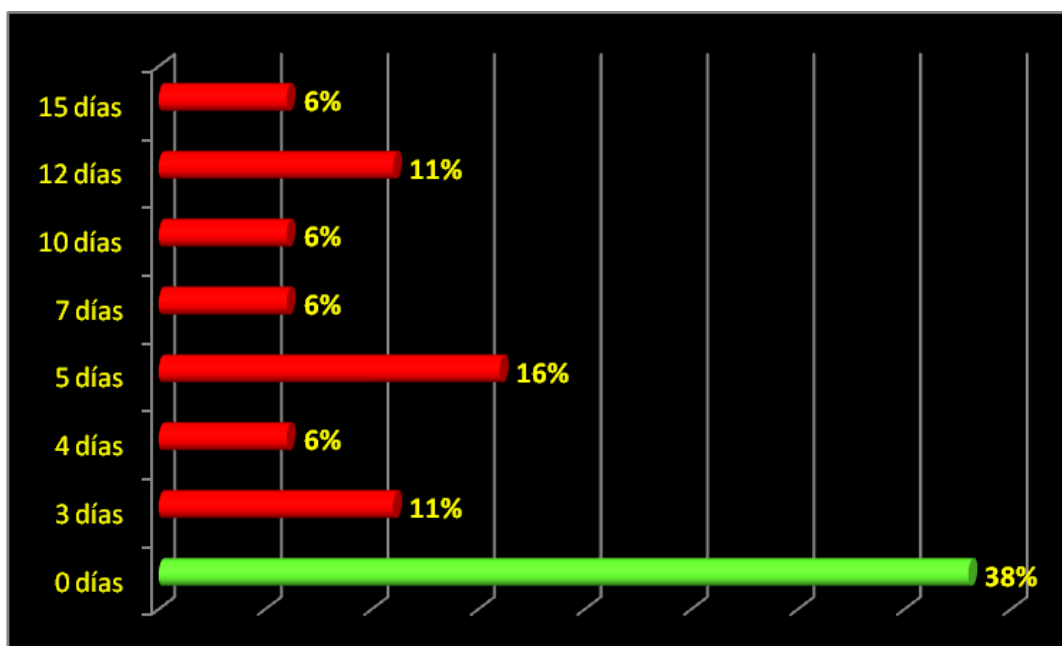
TABLA 1. La media de Dolor en la escala de EVA fue de 2.5, teniendo como mínimo 2 pacientes sin dolor y con máximo dolor 1 paciente en una puntuación de 7 en la clasificación de EVA.

La evaluación de los días con dolor al primer mes de la cirugía, se llegó a observar principalmente durante la 1ª semana, teniendo una media en todos los pacientes de 7 días, con la intensidad previamente ya comentada, solo un paciente refirió dolor hasta los 17 días de la cirugía (Grafica 5).



GRAFICA 5. Días con dolor, teniendo como mínimo 0 días en 2 pacientes y como máximo 17 días en 1 paciente, se obtiene una media de dolor posoperatorio de 7 días.

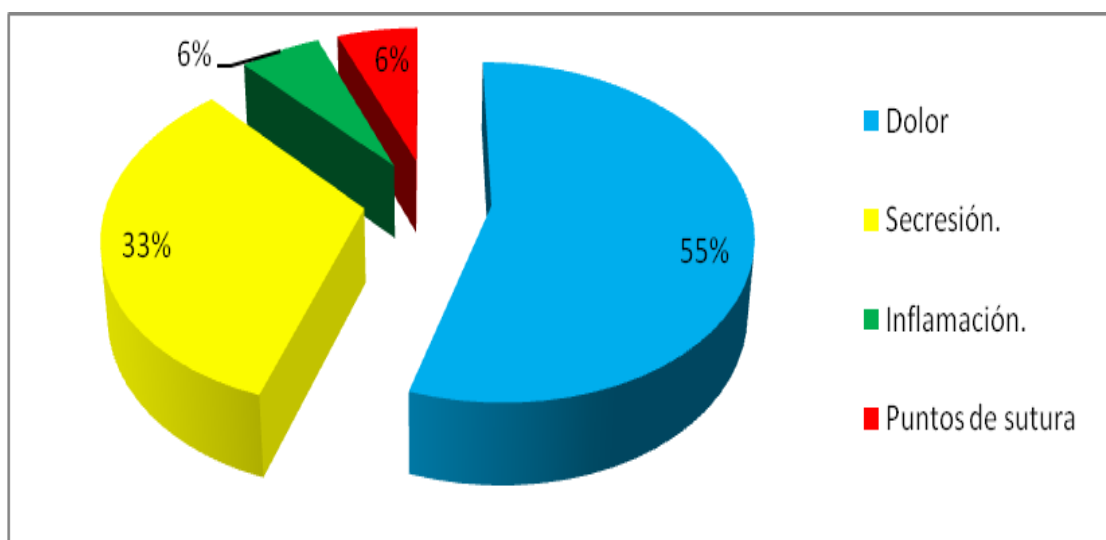
La evaluación de los días de sangrado al mes de la cirugía. El sangrado se caracterizo por ser tipo manchado de predominio posterior a las evacuaciones. Un sangrado escaso expresado por los pacientes. El tiempo del sangrado estuvo relacionado con el cierre de la herida. Teniendo una media de sangrado de 4-5 días. Solo en un paciente se presentó el sangrado por 15 días sin embargo no era diario (Grafica 6), y estaba relacionado con el tipo evacuación que presentaba (Bristol 2-3).



GRAFICA 6. Pacientes sin sangrado 7 (38%), con sangrado 12 (62%), teniendo como media de días de sangrado de 4-5, como mínimo 3 días y como máximo 15 días.

Las molestias principales al mes de la cirugía fueron etiquetadas por orden de importancia ocupando el dolor anal leve el 1er lugar siendo la principal molestia en 55% de los casos (10 pacientes), la 2ª molestia por orden de importancia fue la secreción de la herida, siendo la molestia principal en 33% de los casos (6 pacientes) ya que referían

humedad constante de la región anal, teniendo una media de días de secreción de 7 días. En cuanto a la inflamación, se presenta como la principal molestia en solo 1 paciente, molestia que llega a desaparecer a los 10 días de la cirugía. La sensación de puntos de sutura en la región anal (6%) fue tratada mediante la extracción de bordes de la sutura sin dismantelar la plastía a los 15 días de la cirugía, presentándose posteriormente asintomático (Grafica 7).



GRAFICA 7. Entre las molestias principales fue el dolor en 10 pacientes, seguido por secreción en 6 pacientes y por último la inflamación así como la sensación de puntos de sutura, cada una en un paciente.

Al año de la cirugía se realizó una nueva valoración integral de los pacientes, para valorar las principales molestias, la valoración de Jorge y Wexner de manera comparativa pre y postoperatoria, realización de manometría valorando la presión en reposo (PR) y presión de contracción máxima (PCM).

Las molestias al año de la cirugía fueron mínimas, como se explica en la Tabla 2. Las molestias principales están relacionadas con la incontinencia, manifestada como escape

de gases en 2 pacientes y ensuciamiento en 1 pacientes. Solo un paciente refirió secreción al año de la cirugía la cual estuvo relacionada con la única recidiva del proceso fistuloso.

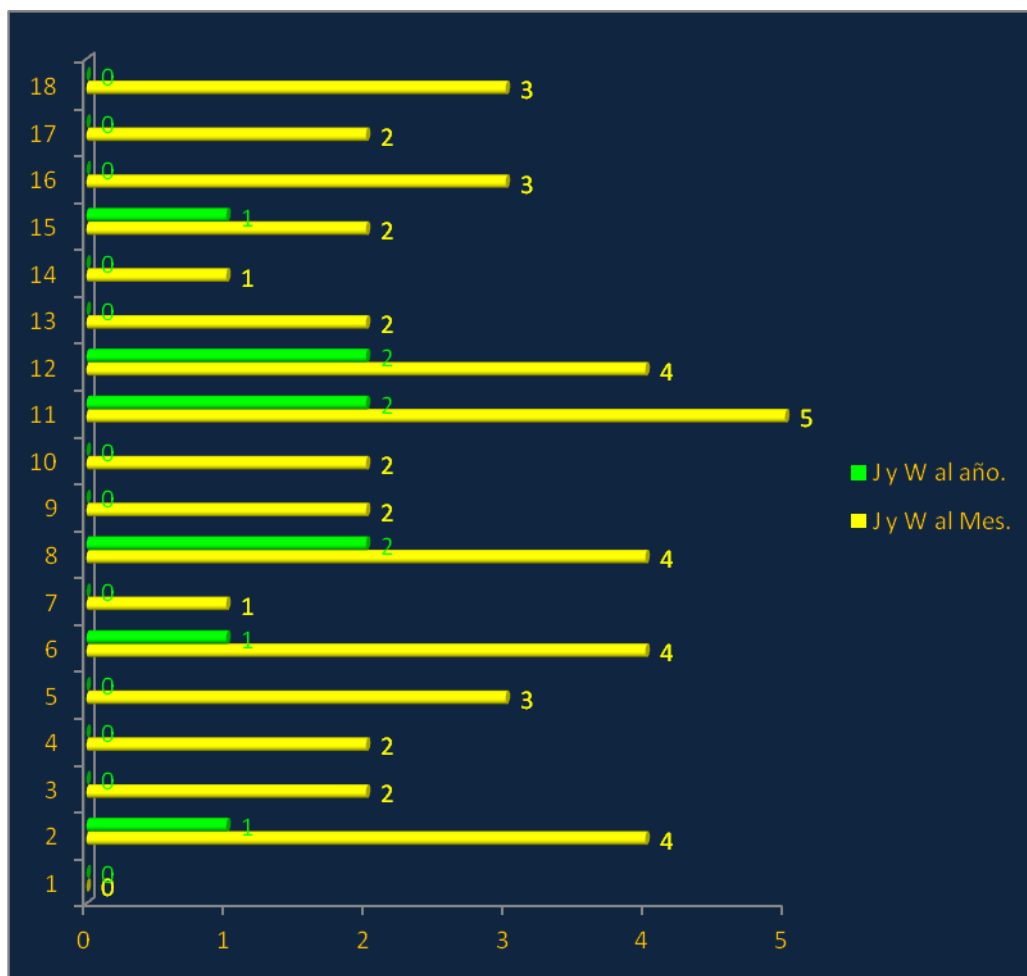
TIPO DE FISTULA	DOLOR	SANGRADO	SECRECION	PRINCIPAL MOLESTIA
Fistula ARP transesfinterica alta anterior.	N	N	N	N
Fistula ARP transesfinterica alta posterior.	N	N	N	N
Fístula ARP Trasfesfinterica alta anterior Izq.	N	N	N	ENSUCIAMIENTO
Fístula ARP Trasfesfinterica alta posterior.	N	N	N	N
Fístula ARP transesfinterica alta Anterior Izquierda	N	N	N	N
Fístula ARP transesfinterica alta posterior.	N	N	N	N
Fistula ARP transesfinterica alta postero-lateral izq.	N	N	N	N
Fistula ARP transesfinterica alta postero lateral der.	N	N	N	ESCAPE DE GASES
Fistula ARP transesfinterica media anterior	N	N	N	N
Fistula ARP transesfinterica antero-lateral izquierda.	N	N	N	N
Fístula ARP transesfinterica alta postero lateral izquierda.	N	N	N	ENSUCIAMIENTO
Fistula ARP supra esfinterica posterior.	N	N	N	ESCAPE DE GASES
Fístula ARP transesfinetrica alta posterior.	N	N	N	N
Fístula ARP transesfinterica lateral izq. Alta.	N	N	N	N
Fístula ARP Trasnesfinterica alta Anterior izquierda.	N	N	N	N
Fístula ARP supra esfinterica postero lateral derecha.	N	N	N	N
Fistula ARP transesfinterica posterior alta	N	N	N	N
Fistula ARP transesfinetrica posterior alta	SI (1/10)	NO	MUY ESCASO	SECRECIÓN.

TABLA 2. Al año de la cirugía se observa Dolor solo en un paciente (1 de EVA), sangrado en ningún paciente. Entre las molestias principales fueron ensuciamiento en 2 pacientes, escapes de gases en 2 pacientes y solo en 1 refirió secreción muy escasa (recidiva). 13 pacientes sin ninguna molestia.

N. Ninguna.

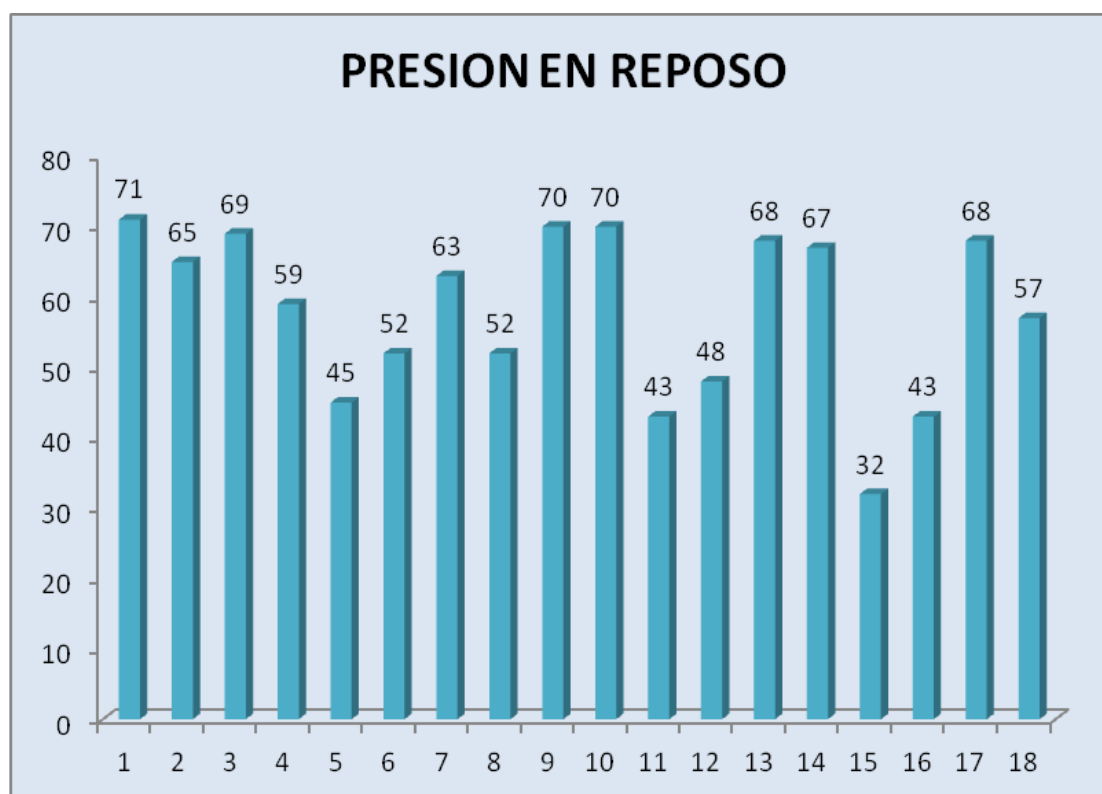
ARP. Ano-recto-perineal.

Se realiza una evaluación comparativa en cuanto a la incontinencia al mes y al año de la fistulectomía con plastía de los esfínteres, utilizando la escala de Jorge y Wexner. Se expresa un cambio importante entre la incontinencia al mes y al año de la cirugía, reportándose una media de J y W al mes de 2.7 teniendo como máximo un J y W de 5 y como mínimo un J y W de 0 puntos. Cabe señalar que el principal medio de puntaje fue la fuga de gases y el ensuciamiento. Al año se reporta una media de J y W 0.7 teniendo como máximo un J y W de 2 y como mínimo un puntaje de 0 (Grafica 8).



GRAFICA 8. Distribución de la incontinencia al mes (amarillo) y al año (verde), donde se llega a observar al mes una media de 2.7 de J y W. Al año 66% de los pacientes con J y W de 0, el 16% J y W de 1, así como el 16% con J y W de 2.

La presión de reposo se utilizó para completar la evaluación del grado de incontinencia subjetiva (J y W) con un método objetivo, como lo es la manometría ano rectal, estudio que se realizó al año de la cirugía. Los parámetros normales de la presión en reposo oscilaron entre 40 – 80 mmHg. Entre los resultados cabe destacar a una paciente que presentaba J y W de 1, dependiendo de gases, que presento un resultado de 32 mmHg. (6%). El 94% de los resultados fueron normales aun en los pacientes con J y W de 2. (Grafica 9).



GRAFICA 9. La presión en Reposo fue Normal en 17 pacientes, solo una paciente presentó presión en Reposo disminuida, de 32 mmHg.

La presión de contracción máxima se realizó para valorar la incontinencia de urgencia, por lo que se realizó el estudio al año de la cirugía. Se tomó como parámetro normal una presión de más de 80 mmHg. Se encontró en solo una paciente una presión de contracción máxima de 67 mmHg., se trataba de la misma paciente femenina de 33 años con J y W de 1. dependiente de gases, con presión de reposo disminuida (32 mm Hg.), por lo que se ha manejado con ejercicios de Kegel y aun después de un año de vigilancia se mantiene en citas programadas a nuestro Servicio. El resto de los pacientes con resultados normales aun el paciente que al año presenta J y W de 2. Ya que los resultados fueron de 110-140 y 150 mmHg. (Grafica 10).



GRAFICA 10 . La presión de contracción máxima fue normal en un 95%, solo en un caso se presentó una presión de contracción máxima de 67 mmHg.

La recidiva del proceso fistuloso se presento en un paciente (6%), del sexo masculino y edad de 80 años, que refirió persistencia de la secreción al año de la cirugía, sin mayor sintomatología agregada (Grafica 11). A la exploración se reporto persistencia del trayecto fistuloso posterior, con cripta causal posterior y defecto en la cicatrización como orificio secundario (Imagen 2). Sin embargo con continencia integra con escala de J y W de 0.



GRAFICA 11 . La recidiva del proceso fistuloso se presento en un paciente (6%). El 94% sin evidencia de proceso fistuloso persistente o recurrente.

DISCUSION.

En el trabajo se muestra que la fistulectomía con plastia de los esfínteres en una técnica quirúrgica que se realiza en el Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos en pacientes con fistulas anales complejas, teniendo resultados favorables en la evolución de los pacientes, con un éxito de un 94%. Se llegó a observar que la incidencia de fistulas

complejas son más frecuentes en el sexo masculino en un 72% en comparación con el sexo femenino, concordando con las estadísticas mundiales de frecuencia por sexo. La edad promedio de los pacientes que requirieron de la cirugía por fistula anal compleja fue de 50 a 60 años, por lo que se concluye que entre mayor sea el paciente, más riesgo de presentar fistulas complejas. Las fistulas complejas por las cuales se requirió fistulectomía con plastia de los esfínteres fueron en 89% fistulas trans-esfintericas altas y únicamente en un 11% se trato de fístulas supraelevadoras de las cuales las 2 fueron posteriores, en ningún caso se presento fistulas extra-esfíntericas. La cirugía se realizó con un tiempo promedio de 60 minutos, sin accidente ni incidentes, con sangrado aprox. de 50 cc. El posoperatorio de todos los paciente se manejo con antibióticos tipo Metronidazol (500 mg. VO cada 08 hrs. por 7 dias), analgésicos (Paracetamol 500 mg. VO. Cada 08 hrs y Diclofenaco 100 mg. VO cada 12 hrs.) así como protector gástrico (Omeprazol 20 mg. VO cada 24 hrs.) por una semana.

Se cito al paciente al mes de la cirugía, en donde se valoró el dolor el cual se llevo a presentar en un 89%, clasificándolo en un EVA media de 3.66 y con una duración del dolor en promedio durante 7 días, cabe señalar que solo un 11% se refirió sin dolor posterior a la cirugía, con el tratamiento previamente mencionado. Se interrogaron sobre las principales molestia del paciente en el posoperatorio en donde se nos reporto que el dolor era la principal con un 55%, como era de esperarse, con las características e intensidad ya comentadas, en segundo lugar en cuanto a las molestia fue la secreción con un 33%, siendo de manera escasa y manifestándose por manchado de la gasa protectora, molestia para los pacientes ya que la humedad anal no fue algo cómodo. Reportándose de manera equilibrada en un 6% molestia como: la inflamación y sensación de puntos de

sutura, los puntos de sutura ameritaron extracción de los bordes del prolene, sin desmantelar el nudo. Sin complicaciones a los 15 días de la cirugía. La valoración de la incontinencia mediante la escala de Jorge y Wexner al mes de la cirugía se fue de una media de 2.7, siendo el principal motivo el escape de gases y manchado, nunca reportando una puntuación mayor a 1 ó 2 puntos en cada una. Todos los pacientes tuvieron un puntaje de Jorge y Wexner siendo el máximo de 5 y el mínimo de 1. En ninguno de los casos llegó a alterar el estilo de vida de los pacientes.

Al año de la cirugía se reportaron con evolución favorable, a pesar de tratarse de un procedimiento con importante trauma de los esfínteres, llegando a presentarse molestias únicamente en un 27%, alteraciones como secreción, manchado y escape de gases ocasional. Los 73% asintomáticos; sin ninguna molestia (Imagen 1).



IMAGEN 1. Paciente al año de la cirugía con fistulectomía y plastía de los esfínteres anales, reportándose asintomático y con continencia íntegra. Correspondiendo al 94% de los pacientes.

Manteniendo un Jorge y Wexner de 1, 67% de los pacientes se encontraron asintomáticos, sin dolor ni molestias, con J y W de 0. Se realizó manometría a los pacientes como apoyo para valorar en grado de incontinencia al año de la cirugía, en donde se valoró la presión en reposo y la presión de máxima contracción. Reportándose solo en un paciente valores por debajo de lo normal, sin embargo la paciente se refiere asintomática al interrogatorio. Resto de los estudios manométricos normales. Se reporto solo un caso de recidiva, recidiva que entra en rangos esperados posteriores a una cirugía invasiva (Imagen 2).



IMAGEN 2. Paciente con recidiva del proceso fistuloso año de la cirugía con fistulectomía y plastia de los esfínteres anales. Único caso correspondiendo a un 6% del total de pacientes.

CONCLUSIONES.

La fistulectomía con plastia de los esfínteres es una de la técnicas quirúrgicas que se pueden llegar a realizar en los pacientes con fistulas anales complejas, manteniendo buenos resultados en cuanto a la incontinencia y la incidencia de recidiva dentro de los reportes estadísticos con otros procedimientos, tanto invasivos (Colgajos, setones, transposición de trayectos, técnica de Henley, LIFT, etc) como conservadores (aplicación de Plug, pegamentos de fibrina, aplicación polimetilmetacrilato). Aunque seria recomendable contar con una mayor muestra de pacientes, se demostró que la Fistulectomía con plastia de los esfínteres anales es una técnica quirúrgica aceptada en fistulas complejas o de tipo recidivante, por su baja incidencia, adecuada continencia, no consume mucho tiempo, las molestias se mantienen dentro de parámetros normales y no genera molestias mas allá de los síntomas habituales.

Hoja de colección de datos.**Hoja 1.**

Expediente:

Fecha de la cirugía:

Fecha.

de cita:

Pac. #.

Cita al mes

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolor										
Sangrado										
Ardor										

Complicaciones posquirúrgicas al mes y al año de la cirugía:

Grado de incontinencia en escala Jorge y Wexner, valorable al mes del procedimiento:

Tipo de incontinencia	Frecuencia				
	Nunca	Raro	Algunas Veces	Usualmente	Siempre
Sólida.	0	1	2	3	4
Líquida.	0	1	2	3	4
Gas.	0	1	2	3	4
Ensuciamiento.	0	1	2	3	4
Alteraciones en el estilo de vida.	0	1	2	3	4

S: L: G: E: AEV:

Total.

Hoja de colección de datos.**Hoja 2.**

Grado de incontinencia en escala Jorge y Wexner, valorable al año del procedimiento:

Tipo de incontinencia	Frecuencia				
	Nunca	Raro	Algunas Veces	Usualmente	Siempre
Sólida.	0	1	2	3	4
Líquida.	0	1	2	3	4
Gas.	0	1	2	3	4
Ensuciamiento.	0	1	2	3	4
Alteraciones en el estilo de vida.	0	1	2	3	4

S: L: G: E: AEV:

Total.

Complicación quirúrgica al año:

Recidivas del proceso fistuloso:

Manometría al año de la cirugía.

Estudio	Normal.	Reporte
Presión de Reposo	40-80 mmHg	
Presión de contracción máxima	Mas de 80 mmHg.	

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Dr. Gustavo Eduardo Del Carmen Cuén, del servicio de COLOPROCTOLOGIA del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos. El objetivo de este estudio es valorar el grado de incompetencia anal y persistencia del proceso fistuloso en la fistulectomía con reconstrucción primaria de los esfínteres anales en paciente con Fístulas complejas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en la investigación: "Grado de Incontinencia y recidiva en Fistulectomía con Plastia de los esfínteres en pacientes con diagnóstico de fistula ano recto perineal compleja, estudio de casos clínicos", conducida por _____.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

El investigador se compromete a que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Dr. Gustavo Eduardo Del Carmen Cuén al teléfono 53 – 22 – 26 – 39 ext. 89247

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Dr. Gustavo Eduardo Del Carmen Cuén al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)

BIBLIOGRAFIA.

1. Viso Pons L. Análisis de una herencia básica. Hipócrates y la Proctología. Re Esp Enf Dig. 1992; 80 (5): 348 - 351.
2. Principios y práctica de la cirugía de COLON, RECTO Y ANO. 3ª. Ed. Cap. 10. Pag. 204. Philip Gordon 2007.
3. Colon and Rectal Surgery. 5ª Ed. Marvin L Corman. Cap. 11. pag. 296
4. Andreas Koehler, M.D., Angelika Risse-Schaaf, M.D., Sotorios Athanasiadis, M.D. Germany. Traeatmen for Horseshoe Fistulas-In-Ano With primary Closure: A Clinical and manometric study. Dis Colon Rectum 2004; 47; 1874-1882. ASCRS 2004
5. José V. Roig, M. D., Ph. D. Julio Jordán, M. D., Ph. D. Juan garcía-Armengol, M.D., Ph.D. Pedro Esclapez, M.D., Ph.D. Amparo Solana, M.D., Ph.D. Changes in anorectal morphologic and function parameters after fistula-in-ano surgery. Dis Colon rectum 2009; 52: 8. 1462-1469. ASCRS 2009.
6. Randomized clinical and manometric study of advanvemet flap versus fistulotomy whit sphincter reconstruction in the management of complex fistula in ano. Perez F, arroyo A, Serrano, sanchez A, candela F, peres MT, Calpena R. Coloproctology Unit, Department of surgery, university hospital of Elche. España. Am J. Surg. 2006. Jul;192 (1): 34-40
7. Conventional cutting vs. internal anal sphinter preserving seton for higt trans-sphinterc fistula: a prospective randomized manometric and clinical trial. Zbar AP, ramesh J, Beer-Gabel M, Salazar R, pescatori M. Department of surgery, queen Elizabeth hospital, Universidad of te west Indies, Barbados. Tech Coloproctil. 2003 jul;7(2):89-94
8. Changes In anorectal morphologic and functional parameter after fistula in ano surgery. Roig JV, Jordán J, Garcia-Armengol J, Esclapez P, Solana A. Unidad de Coloproctología, servicio de cirugía general y digestiva. Hospital universitario de Valencia, España. Dis colon Rectum. 2009 Aug;52(8):1452-9.
9. Coreo ut fistulectomy, anal sphincter reconstruction and primary repair of internal opening in the treatment of complex anal fistula. Jivapais Arnponq P. División of colorectal Surgery, Department of surgery, rajavithi Hospital, College of Medicine, Rangsit University, Bangkok, Tahiland. J.Med. Assosc thai. 2009 may;92(5):638-42.