

# Tratamiento quirúrgico de las fístulas anorrectales. Experiencia de 17 años en el Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán»

Dra. Montserrat Ayala,\* Dr. Ramiro Jiménez,\*\* Dra. Sandra García-Osogobio,\* Dr. Wilberth Mass,\* Dr. Fernando Gómez,\* José María Remes-Troche,\* Dr. Jorge Arch,\* Dr. Takeshi Takahashi\*

\* Servicio de Cirugía de Colon y Recto. \*\* Servicio de Proctología. Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F. Correspondencia: Dr. Takeshi Takahashi. Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán», Vasco de Quiroga No. 15, C.P. 14000 Deleg. Tlalpan. México, D.F. E-mail: takahashit@infosel.net.mx

Recibido para publicación: 5 de septiembre de 1998

Aceptado para publicación: 9 de octubre de 1999

**RESUMEN Introducción:** el tratamiento quirúrgico para las fístulas anorrectales puede ser difícil por la probabilidad de recurrencias, cicatrización prolongada y/o incontinencia anal postoperatorios.

**Objetivo:** analizar la experiencia de 17 años con el manejo y resultados de las fístulas anorrectales.

**Pacientes y métodos:** se revisaron de forma retrospectiva 105 pacientes consecutivos con fístulas anorrectales y se analizaron los datos demográficos, clínicos, tipo de tratamiento, y resultados posoperatorios. **Resultados:** hubo 73% del sexo masculino y 27% del sexo femenino. La edad promedio fue de 45 años. Tuvo alguna enfermedad crónica asociada 6% principalmente diabetes mellitus 21% y obesidad 14%. No se consignó en el expediente una clasificación anatómica del trayecto fistuloso en 86%, los trayectos interesfintéricos fueron los más frecuentes en los casos clasificados. Se realizó fistulectomía en 90%. Hubo 13% de complicaciones con predominio de retraso en la cicatrización (6.5%). Se registraron 11 recurrencias (10%) y en la mayoría de los casos el tratamiento consistió en nueva fistulectomía. No hubo casos con incontinencia anal posoperatoria.

**Conclusiones:** debe enfatizarse la necesidad de realizar una clasificación anatómica de las fístulas. La operación utilizada con mayor frecuencia fue la fistulectomía.

**Palabras clave:** fístula anorrectal, cirugía.

Una fístula se define como la comunicación entre dos superficies epiteliales; en el caso de la fístula anorrectal, esta comunicación se da entre la piel perianal y el conducto anal o el recto.<sup>1</sup> Se conoce como fístula simple a aquella cuyo trayecto es fácil de identificar, superficial,

**SUMMARY Introduction:** Surgical treatment for ano-rectal fistula may be difficult because of the risk of recurrence, prolonged healing or anal incontinence following the operation. **Objective:** To analyze the experience with the surgical management of ano-rectal fistula during a period of 17 years. **Patients and methods:** The medical records of 105 patients with ano-rectal fistulas were reviewed retrospectively, with analysis of demographic and clinical data, operative treatment, and results.

**Results:** There were 73% men and 27% women. Mean age was 45 years. 86% had an underlying chronic disease, most frequently diabetes mellitus (21%) and obesity (14%). No anatomic classification of the fistulous tract was done in 86% of cases, and intersphincteric tracts were the most frequent type in the classified cases. In 90% of cases, treatment was fistulectomy. Complications occurred in 13% of cases, mainly delayed healing (6.5%). Recurrent disease was documented in 11 cases (10%), and the majority were treated with a new fistulectomy. There were no cases with anal incontinence following the operation.

**Conclusions:** The necessity of performing the anatomic classification of ano-rectal fistula should be emphasized. Fistulectomy was the most frequent surgical procedure.

**Key words:** Ano-rectal fistula, surgery.

recto, corto o con un orificio primario evidente. Se denomina fístula compleja a aquella con trayectos múltiples, profundos, difíciles de seguir en su recorrido o con orificios primarios difíciles de localizar.<sup>2</sup> También en la clasificación de fístula compleja se incluyen a aquellos pa-

cientes que por el trayecto anatómico o las enfermedades acompañantes (v.gr., enfermedad de Crohn) pueda predecirse un riesgo mayor de recurrencia o incontinencia posterior al tratamiento quirúrgico. La fístula anorrectal es un padecimiento que predomina en varones con una proporción hombre: mujer que oscila entre 2:1 y 7:1. La máxima incidencia se encuentra entre la tercera y quinta décadas de la vida.<sup>3</sup> En una población definida,<sup>4</sup> la incidencia para hombres fue de 12.3/100,000 y para mujeres 5.6/100,000.<sup>3</sup>

Dependiendo del trayecto fistuloso, el tratamiento quirúrgico puede ser fácil o extremadamente difícil. Por ello se requiere experiencia y destreza para lograr los mejores resultados. Existen controversias respecto a algunos métodos diagnósticos y terapéuticos, principalmente por la probabilidad de recurrencia de la fístula, cicatrización prolongada, o incontinencia fecal después del tratamiento quirúrgico.<sup>5</sup> De hecho, el tratamiento de las fístulas complejas continúa considerándose un reto para el más experto cirujano gastrointestinal o colorrectal.

El presente estudio se realizó con el objetivo de analizar la experiencia de 17 años con el diagnóstico y tratamiento de pacientes con fístulas anorrectales en el Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán».

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron los libros de operaciones quirúrgicas del Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán» en el periodo de enero de 1980 a diciembre de 1997 y se encontraron 105 pacientes operados por fístulas anorrectales. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, enfermedad de base, tiempo de evolución, antecedentes quirúrgicos, clasificación anatómica de la fístula, operación, complicaciones posoperatorias, incontinencia anal posoperatoria, así como recurrencia y manejo de la misma. Para el análisis estadístico se utilizó únicamente estadística descriptiva (medias, márgenes y proporciones).

## RESULTADOS

De los 105 pacientes, 28 (27%) pertenecieron al sexo femenino y 77 (73%) al sexo masculino. La edad promedio fue de 45 años (margen 17-81). El tiempo de evolución promedio de los síntomas fue de 20 meses y los síntomas más frecuentes fueron dolor y/o secreción perianal. Tenían antecedente de alguna operación previa para manejo de la fístula 7% de los pacientes; alguna enfermedad crónica asociada, 86% de las cuales las más frecuentes fueron: diabe-

**CUADRO 1**  
CLASIFICACIÓN DEL TRAYECTO ANATÓMICO  
DE LAS FÍSTULAS

Tipo de fístula	%
Interesfintérica	6
Transesfintérica	3
Extraesfintérica	4
Supraesfintérica	2
No clasificados	86

**CUADRO 2**  
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN 105 CASOS  
CON FÍSTULA ANORRECTAL

Operación	%
Fistulectomía	90
Colgajo rectal	4
Fistulotomía	3
Colocación de setón	3

tes mellitus (21%), obesidad (14%), e hipertensión arterial sistémica (8.5%). Se encontró la presencia de seropositividad para el virus de la inmunodeficiencia humana en 5%, colitis ulcerativa crónica inespecífica en 4%, y enfermedad de Crohn en 1%. Al tratar de dilucidar el trayecto anatómico de la fístula, se encontró que en 86% de los casos no se registró ninguna clasificación en el expediente (*Cuadro 1*). Dentro de las fístulas que se clasificaron, las interesfintéricas fueron las más frecuentes. Tampoco se registró específicamente la existencia de una «fístula compleja» en ninguno de los casos. El tratamiento más frecuentemente utilizado fue la fistulectomía (90% de los casos) (*Cuadro 2*).

Hubo complicaciones posoperatorias en 14 casos (13%) y fueron cicatrización retardada en 7 casos (6.5%), cefalea posbloqueo en 2 casos (2%), así como trombosis hemorroidaria, retención aguda de orina, absceso anorrectal, síndrome febril y hemorragia con un caso en cada uno. No hubo mortalidad perioperatoria. El seguimiento posquirúrgico promedio fue de 38 meses. Se registraron 11 recurrencias (10%), que correspondieron a 8 de las 94 fistulectomías realizadas, 2 de los 4 descensos de colgajo y a un cierre primario (1/1). El tratamiento de las recurrencias consistió en la mayoría de los casos en fistulectomía (6 casos), pero también se realizó fistu-

lotomía con setón (1 caso) y sólo fistulotomía (1 caso). No hubo recurrencias posteriores; sin embargo, tres pacientes se perdieron a seguimiento sin recibir tratamiento en este hospital. No se registraron en las notas de evolución datos que sugirieran incontinencia a flatos, escurrimiento, o incontinencia fecal franca, aunque debe aclararse que no se aplicó ningún cuestionario dirigido para evaluar incontinencia sistemáticamente.

## DISCUSIÓN

Los criterios de admisión de enfermos al Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán» exigían al inicio de la serie la coexistencia de enfermedades crónicas de base como las que se presentaron por lo que tanto la frecuencia de enfermedades acompañantes, como la edad de presentación, pueden tener un sesgo por el tipo de población que atiende el Instituto. La frecuencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal que se encontró en los pacientes con fístula anorrectal es baja, pero está en el margen de lo que se ha reportado en la literatura en inglés.<sup>4</sup> También a este respecto, debe recordarse que la frecuencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en nuestro medio es más baja que la reportada en Estados Unidos de América, pero que el Instituto tiene también un sesgo por una mayor referencia de enfermos con esta patología tanto del Distrito Federal como de los Estados. Por ello es probable que en pacientes operados por fístulas anorrectales en otros hospitales mexicanos, sea más raro encontrar la coexistencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal; sin embargo, desde otro punto de vista, debe recordarse que en enfermos portadores de Enfermedad de Crohn, hasta 30% de los casos puede presentar fístulas anorrectales como parte de su enfermedad.<sup>6</sup> También respecto a la infección por VIH, se ha documentado que puede haber fístulas perianales en 34% de los casos.<sup>7</sup>

Es muy importante delimitar el trayecto fistuloso y su relación anatómica con los esfínteres, para disminuir los riesgos de recurrencia e incontinencia. El método más importante y efectivo para delimitarlo es la exploración quirúrgica realizada por un cirujano experimentado. La exploración se puede auxiliar de la inyección de azul de metileno, agua oxigenada, leche, índigo carmín, etc. Estos recursos no delimitan el curso del trayecto fistuloso ni su relación con los esfínteres, sino que ayudan a identificar el orificio primario.<sup>8</sup>

Hay algunos estudios de gabinete que se pueden realizar de forma preoperatoria para facilitar la identificación del trayecto fistuloso o inclusive para tratar de dilucidar su relación con los esfínteres. La fistulografía se

ha usado desde hace mucho tiempo, pero su utilidad es muy limitada.<sup>9</sup>

Recientemente el ultrasonido endoanal ha surgido como un estudio de gran ayuda, porque facilita la determinación tanto al trayecto fistuloso como su relación con los esfínteres.<sup>10</sup> Aunque no se ha demostrado que este estudio tenga mayor sensibilidad que un cirujano experimentado, su realización en el preoperatorio puede ser especialmente útil en pacientes en quienes se sospeche la existencia de una fístula compleja, a fin de realizar una mejor planeación del tratamiento quirúrgico. Otras alternativas son la tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear, cuya utilidad en este campo es limitada.<sup>11</sup> En nuestra serie no se realizó estudio preoperatorio alguno, aunque debe mencionarse que a excepción del último año, no se contaba con ultrasonido endoanal ni con resonancia magnética nuclear.

Una vez que se conoce el trayecto que sigue la fístula, se puede clasificar de acuerdo a Parks y cols.<sup>12</sup> Dicha clasificación tiene principalmente dos finalidades: 1) uniformar criterios para comparar los resultados entre diferentes cirujanos. Es decir, el porcentaje esperable de recurrencia o de incontinencia debe depender del trayecto fistuloso o su complejidad. Si no se efectúa dicha clasificación, es difícil que un cirujano pueda autoanalizar su control de calidad y saber si los resultados están por arriba o por debajo de lo esperado para cada tipo de fístula y, 2) determinar el trayecto es muy importante para decidir el tipo de manejo. Posiblemente en una fístula interesfintérica no habría problema para realizar una fistulotomía, pero si el paciente tiene una fístula transesfintérica, una mejor opción sería la rotación de un colgajo rectal o la colocación de un setón. De manera general, Parks y cols. las clasifican como interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas.<sup>12</sup> Es relevante que en nuestra serie no fue posible conocer la clasificación de la fístula en la gran mayoría de los pacientes, a pesar de ser una institución académica.

Para que los resultados del procedimiento quirúrgico sean exitosos es importante alcanzar tres metas: proteger la continencia, evitar la recurrencia y la cicatrización prolongada. Actualmente existen múltiples técnicas quirúrgicas; sin embargo, aquellas que ofrecen menor recurrencia, pueden no proteger la continencia y viceversa.

La fistulotomía se considera el procedimiento de elección por numerosos autores,<sup>8,11,13</sup> porque es menos dolorosa en el posoperatorio, disminuye el tiempo de hospitalización, no prolonga el tiempo de cicatrización y protege la continencia. De manera contraria, en nuestra se-

rie, la fistulectomía fue el procedimiento que se llevó a cabo en la mayoría de los pacientes. Los resultados no permiten sustentar que el procedimiento haya sido «mal elegido», pues los resultados están en el margen de lo que informa la literatura. Sin embargo, tampoco puede concluirse que la fistulectomía o cualquier otro de los procedimientos usados sea mejor, puesto que la valoración posoperatoria no fue sistemática para evaluar los datos necesarios. Por ello, únicamente puede decirse que se prefirió la fistulectomía en la mayoría de los pacientes, más probablemente en relación al criterio de los cirujanos involucrados.

El descenso de un colgajo de recto y la colocación de un setón son otras opciones terapéuticas que se pueden utilizar principalmente para tratar a las fístulas complejas. Para cualquiera de las dos es necesario identificar perfectamente el orificio externo, interno y el trayecto fistuloso. Al documentar el compromiso de la mayoría del aparato esfinteriano y/o el ángulo anorrectal se decidiría entonces no realizar fistulotomía, por el riesgo de incontinencia y tomar una de estas alternativas. El descenso de un colgajo de recto tiene el fundamento de llevar músculo rectal sano al área del orificio interno para lograr la cicatrización, dejando un amplio drenaje y legrado de tejido inflamatorio a través del orificio externo, sin realizar fistulotomía. El porcentaje de éxito es aproximadamente de 90% en pacientes con fístulas de origen criptoglandular, aunque en pacientes con Enfermedad de Crohn o con fístulas recurrentes, las probabilidades de éxito disminuyen.<sup>1</sup> En la serie del Instituto, únicamente en los dos últimos años se utilizaron colgajos rectales para pacientes con fístulas complejas, una de ellas asociada a Enfermedad de Crohn.

Los resultados no son tan alentadores, pero debe tomarse en cuenta que fueron pacientes con mayor complejidad de las fístulas, y que fue además el inicio de la experiencia con esta técnica, (por lo que no pueden alcanzarse conclusiones al respecto). La colocación de un setón es un concepto descrito por Hipócrates.<sup>1</sup> Consiste en la interposición de material de sutura (seda, nylon, etc.) en el área de la fístula para fomentar el desarrollo de fibrosis y evitar incontinencia. Pueden utilizarse setones «de corte» (con movilización progresiva subsecuente), setones para promover fibrosis y realizar una fistulotomía subsecuente, y setones de drenaje, que son especialmente, útiles en pacientes con infección aguda o coexistencia de enfermedad inflamatoria intestinal para diferir el tratamiento definitivo hasta lograr mejores condiciones del tejido. Si bien la colocación de un setón es uno de los procedimientos que permite preservar el esfínter en fístulas complejas, tiene las desventajas de una

cicatrización lenta y de ser especialmente molesto para los enfermos. Por ello, es un procedimiento que usualmente se guarda como una última opción en el armamentario. Sin embargo, debe tomarse en cuenta como alternativa para pacientes con fístulas de trayecto complejo, en quienes no es recomendable la aplicación de un colgajo rectal o en fístulas múltiples con gran componente agudo, para permitir drenaje purulento y mejoría de las condiciones locales del tejido.<sup>14</sup> Es también un procedimiento adecuado para el cirujano general que le permitirá resolver las condiciones agudas y referir al paciente a un cirujano, con mayor experiencia en el área.

Aunque con frecuencia se menosprecia la posibilidad de complicaciones, existe evidencia de que con metodología adecuada, los porcentajes de incontinencia sean mayores a lo publicado previamente.<sup>13</sup> En ninguno de nuestros pacientes se reportó incontinencia, pero debe enfatizarse que no se hizo una evaluación metódica para evaluar grados menores de incontinencia.

El presente estudio tiene importantes limitaciones metodológicas, principalmente dependientes de su naturaleza retrospectiva, que impide fundamentar conclusiones sólidas o numerosas. Sin embargo, creemos que la experiencia acumulada durante el periodo de revisión, permite identificar algunas lecciones que vale la pena aprender. Debe enfatizarse en primer lugar, la necesidad de clasificar el tipo de fístula en cualquier paciente que sea operado, a nivel privado o institucional. Dicha clasificación no debe ser únicamente un «ejercicio académico» que practique el cirujano durante la operación, sino que debe también quedar consignado en el expediente. La necesidad de un seguimiento cercano en estos pacientes, investigando metódicamente grados menores y mayores de incontinencia, y consignándolo con claridad en el expediente, permitirá alcanzar mejores conclusiones respecto a la efectividad del tratamiento. Esto último, no sólo para fines de investigación, sino para un mejor control de calidad de la práctica individual o institucional.

## CONCLUSIONES

Debe enfatizarse la importancia de la clasificación anatómica del trayecto fistuloso. El tratamiento quirúrgico más frecuente fue la fistulectomía.

## RECONOCIMIENTOS

Durante el periodo de estudio, los siguientes especialistas formaron o forman parte del Servicio de Proctología del Instituto y algunos participaron en el manejo quirúr-

gico de los casos analizados: Dr. Manuel Ojeda Valdéz, Dr. Adolfo Pardo García, Dr. Adolfo Pardo Gilbert, y Dr. Nicanor Pérez Alvarado.

#### REFERENCIAS

1. Corman ML. *Colon and rectal surgery*, 3rd Ed Lippincott USA. 1993: 1221.
2. Correa RJ, Avendaño EO, Canto JJ. Fístulas anales complejas. *Rev Gastroenterol Mex*, 1996; 61: 147-151.
3. Seow-Choen, Nicholls R. Anal fistula. *Br J Surg* 1992; 79: 197-205.
4. Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. *Ann Chir Gynaecol* 1984; 73: 219-24.
5. Sangwan Y, Rosen L, Riether R, Stasik J, Shee J, Khubchandani I. Is fistula in ano simple? *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 885-889.
6. Platell C, Mackay J, Collopy B, Finck R, Ryan P, Woods R. Anal pathology in patients with Crohn's disease. *Aust NZJ Surg* 1996; 66: 5-9.
7. Barret W, Callahan T, Orkin B. Perianal manifestations of human immunodeficiency virus infection: experience with 260 patients. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 606-11.
8. Fazio V. Complex anal fistulae. *Gastroenterology Clin North Am* 1987; 16: 93-114.
9. Weisman R, Orsay C, Russel P, Abcarian H. The role of fistulography in fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 181-184.
10. Law PJ, Talbot RW, Bartram CI, Northover JM. Anal endosonography in the evaluation of perianal sepsis and fistula in ano. *Br J Surg* 1989; 76: 752-5.
11. Wexner S, Rosen L et al. Practice parameters for treatment of fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 39: 1363- 1372.
12. Parks A, Gordon P, Hardcastle J. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1-12.
13. García AJ, Belmonte C, Wong D, Goldberg S, Madoff R. Anal fistula surgery. *Dis Colon Rectum*. 1996; 39: 723-729.
14. McCourtney J, Finlay I. Cuttin seton without preliminary internal sphincterotomy in management of complex HIGH fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 1996; 39: 55-58.14.