

# Fístulas Anales Complejas

José M. Correa Rovelo\*, Octavio Avendaño Espinosa †, Jorge A. Canto Jairala ‡

\* Médico adscrito. Unidad de Coloproctología, Hospital General de México, Secretaría de Salud. Cirujano de Colon y Recto, Hospital Médica Sur. † Profesor titular. Curso Universitario de Coloproctología, Hospital General de México, Secretaría de Salud. ‡ Médico residente. Unidad de Coloproctología, Hospital General de México, Secretaría de Salud.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José M. Correa Rovelo. Puente de Piedra 150 9° piso, col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan, 14050, México, D.F., México.

**RESUMEN Antecedentes:** Las fístulas anorrectales ponen a prueba la experiencia de los cirujanos del colon y recto. **Objetivo:** Este artículo de revisión se realizó para discutir los avances más recientes en el diagnóstico y tratamiento de las fístulas anales complejas. **Resultados:** Las fallas en el tratamiento de las fístulas anorrectales pueden ser minimizadas mediante el conocimiento completo de la anatomía anorrectal y de los múltiples trayectos que pueden ocasionar las fístulas. Su complejidad está determinada por su tipo, especialmente con relación al aparato esfinteriano, que obliga a extremar el cuidado para su identificación correcta y la diferenciación de su origen. La planeación del tratamiento debe individualizarse a cada paciente que las padece. **Conclusiones:** El papel de las diferentes alternativas quirúrgicas dependerá de las características y relaciones del trayecto fistuloso y el esfínter.

**Palabras clave:** Fístulas anorrectales.

La fístula anorrectal es una enfermedad frecuente; en la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México de la SS, representa un 32%. Generalmente va precedida de un absceso, que al abrirse quirúrgica o espontáneamente se fistuliza, por lo que actualmente es común hablar de absceso fistuloso.

Marks y Ritchie, en Inglaterra, han definido la fístula anal como un trayecto o cavidad comunicado con el recto o conducto anal a través de un orificio primario<sup>1</sup>.

Avendaño, en México, la describe 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 se denomina primario o interno, y el cutáneo o mucoso, secundario<sup>2</sup>.

Fístula simple es aquella que tiene un trayecto fácil de identificar, generalmente superficial, recto, corto y orificio primario evidente.

**SUMMARY Background:** Anorectal fistulas test the performance and experience of colon and rectal surgeons.

**Purpose:** This review paper was performed to discuss the most recent advances in the diagnosis and treatment of complex anorectal fistulas. **Results:** Failures to treatment of anorectal fistulas may be reduced only by fully knowledge of the anorectal anatomy, and all the possible routes that the fistulas could go through. Their complexity is directly related to their relationship with the anal sphincter, which should be considered by the surgeon in order to take care of the perfect identification and localization of their origin. Treatment should be individualized to each patient. **Conclusions:** The role of the diverse surgical alternatives will depend upon the characteristics and relationships of the fistulous tract and the sphincter.

**Key words:** ano-rectal fistulas.

Fístula anal compleja es aquella con trayectos múltiples, profundos, difíciles de seguir en su recorrido, con orificios primarios difíciles de localizar.

Las características descritas corresponden a fístulas de origen criptoglandular y se denominan inespecíficas; cuando su origen es distinto, como son las causadas por enfermedad de Crohn, tuberculosis, actinomicosis, hidradenitis supurativa, etc., se llaman específicas. El motivo de este trabajo son las fístulas complejas de origen criptoglandular.

Aquí vale la pena enfatizar que las fístulas anales son fáciles de manejar en su mayoría; no sucede lo mismo cuando son complejas, pues su tratamiento correcto, las más de las veces quirúrgico, exige conocimiento completo de la anatomía de la región y del origen de la fístula y su trayecto o trayectos; si estos requisitos no se cumplen, puede quedar como secuela

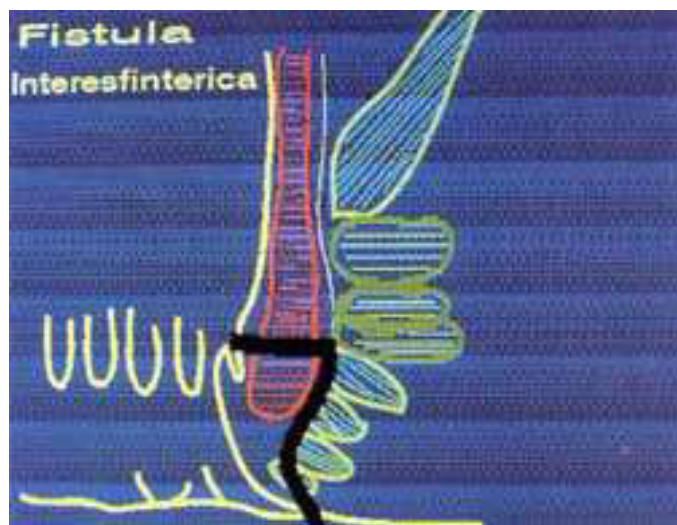


Figura 1. Fístula interesfintérica.



Figura 2. Fístula transesfintérica.

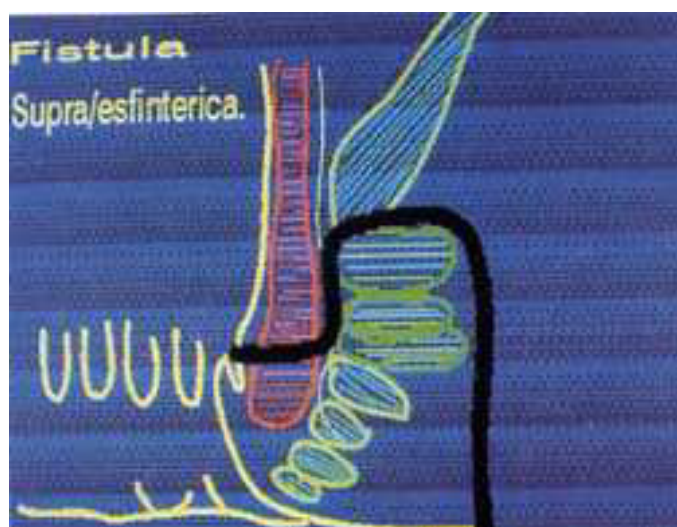


Figura 3. Fístula supraesfintérica.

incontinencia parcial o total o la reproducción de la fístula<sup>3</sup>.

## CLASIFICACION

La clasificación más aceptada es la de Parks y cols.<sup>4</sup>.

Se basa en el curso que sigue el trayecto fistuloso en relación con el anillo esfinteriano. De acuerdo con ello, las fístulas son:

### Interesfintérica

Si el trayecto fistuloso pasa a través de un plano que separa ambos esfínteres, es decir, el espacio interesfinteriano. Es el tipo más común de las fístulas, 45-46% (Figura 1).

### Transesfintérica

Si el trayecto atraviesa ambos esfínteres. Ocupan aproximadamente el 20-30% (Figura 2).

### Supraesfintérica

Cuando inicialmente el trayecto es interesfintérico y se dirige hacia arriba, pasa por debajo o alcanza el músculo puborrectal y finalmente forma su orificio fistuloso secundario en la piel anal o perianal.

Su frecuencia es de 3.3% en el Hospital San Marks de Londres (Figura 3).

### Extraesfintérica

Esta es una fístula rara, se extiende desde el recto, arriba del elevador del ano, lo atraviesa y recorre la fosa isquiorrectal para formar su orificio secundario en la piel perianal. Suele ser consecuencia, la mayoría de las veces, de práctica iatrogénica, de la enfermedad de Crohn,

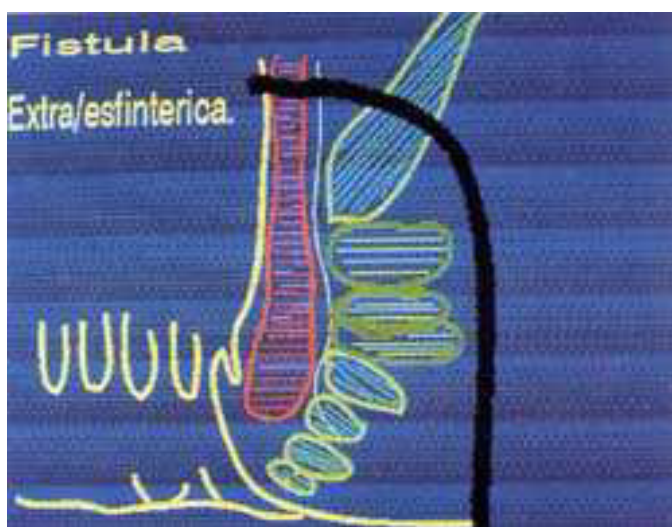


Figura 4. Fístula extraesfintérica.

trauma penetrante en peritoneo, etc. (Figura 4)<sup>5-6</sup>.

### Etiopatogenia

Los estudios histopatológicos de las glándulas anales han evidenciado infección criptoglandular en el 90% de los casos estudiados<sup>7</sup>.

Por otra parte, estudios clínicos han señalado la probabilidad de sepsis a través de una glándula anal infectada e infección secundaria del espacio interesfinteriano<sup>8</sup>.

Existen, además, numerosas condiciones que se asocian con abscesos fistulosos, como son infecciones específicas (Tb, actinomicosis, linfogranuloma venéreo), enfermedad inflamatoria intestinal (C.U.C.I., Crohn), trauma, cuerpos extraños, radioterapia y cirugía<sup>9,10</sup>.

### Hallazgos clínicos

En la fase aguda, el paciente se presentará con los datos clínicos de un absceso (dolor perianal importante, aumento de volumen de la región, fiebre). En ocasiones, existe salida de material purulento, que el enfermo menciona como "sangre" y que, a su salida, alivia los síntomas.

En la fase crónica, casi siempre existirá el antecedente del absceso, y el paciente referirá la aparición de un "grano" o "bolita", no dolorosa, por donde se observa la salida de material purulento que mancha la ropa<sup>11</sup>.

## DIAGNOSTICO

En general el diagnóstico de fístula anorrectal no es difícil, especialmente si se tiene cierta experiencia. Sin embargo, las fístulas que se sospechan complejas obligan a afinar lo más posible sus características para poder determinar su etiología y descartar, sobre todo, si se trata o no de una fístula específica<sup>12-14</sup>.

Para tal fin, existen pocos estudios auxiliares de diagnóstico:

### Colonoscopia o colon por enema

Se practica si se sospecha enfermedad inflamatoria del colon, especialmente Crohn, que en ocasiones produce fístulas múltiples o recurrentes<sup>15</sup>.

### Biopsia

Esta es llevada a cabo si se sospecha enfermedad de Crohn, cáncer u otra dolencia<sup>16</sup>.

### Fistulografía

Se ha hablado mucho al respecto y las técnicas son muy variadas, desde la colocación de un catéter en el orificio fistuloso supurante y el paso de medio de contraste a

través del mismo (Figura 5), hasta la introducción de agua oxigenada y/o colorantes, con objeto de identificar el orificio primario<sup>17</sup>.

La experiencia de nuestro Hospital es que casi nunca es necesario efectuarla para hacer el diagnóstico correcto, además de que el estudio, aun realizado con cuidado, presenta falsas positivas hasta en un 84%.

### Manometría anorrectal

La identificación de la presión anal o esfinteriana no se utiliza comúnmente en pacientes con fístula anal; sin embargo, en 199 pacientes postoperados reportados por Sainio a través de nueve años de seguimiento, se demostró una reducción significativa en las presiones en 67 pacientes (4%)<sup>18</sup>.

Los autores creemos que, en casos seleccionados, especialmente en mujeres, la manometría pudiera ser recomendable y si se encontraran presiones menores de las esperadas, la división del esfínter externo deberá evitarse tanto como sea posible.

Consideramos que la utilización de estudios manométricos en pacientes con fístulas anorrectales, deberá ser selectiva a aquellas complejas cuyo riesgo de incontinencia esté presente. Estos factores incluyen pacientes en quienes se sospecha la necesidad de seccionar porciones substanciales de esfínter externo durante la cirugía, pacientes con lesión esfinteriana previa (por ejemplo, cirugía anterior), mujeres



**Figura 5.** Fistulografía. Nótese como se dibuja el recto a través de la inyección del medio de contraste por el orificio fistuloso secundario.

múltiparas, utilización de fórceps durante el parto u otros problemas, como desgarros perineales de tercer grado o sobrepeso del producto. Todos estos factores han sido documentados como condicionantes de lesión del nervio pudiendo, con el consecuente desarrollo a largo plazo de incontinencia anal "idiopática"<sup>19</sup>.

Parks ha enfatizado claramente la importancia de estos aspectos en las fístulas y su tratamiento quirúrgico; su grupo encontró déficit substanciales en la presión anal esfinteriana en reposo en pacientes tratados mediante fistulectomía, en especial en aquellos con fístulas transesfinterianas y supraesfinterianas, en donde el esfínter anal externo fue dividido<sup>20</sup>.

### Ultrasonido endorrectal

Existen estudios recientes que apoyan a la USG endorrectal como método útil en el diagnóstico de las fístulas, sobre todo trayectos largos y tortuosos. El método ha sido apoyado instilando agua oxigenada a través del orificio fistuloso secundario, con el objeto de observar mejor el trayecto hasta su origen<sup>21</sup>.

## TRATAMIENTO

El objetivo en el tratamiento de las fístulas es:

1. Curarlas.
2. Preservar la función de continencia.
3. Minimizar los defectos de cicatrización cutánea.
4. Reducir el tiempo de curación (recuperación pronta y regreso a las actividades normales).

Para lograr estos objetivos, deberán seguirse los siguientes principios:

- Identificar correctamente ambos orificios fistulosos (interno y externo).
- Localizar el trayecto o trayectos fistulosos en relación con el anillo esfinteriano.
- Minimizar en lo posible la sección quirúrgica del aparato esfinteriano, pero no hasta el punto de que por ello se incremente el riesgo de recurrencia de la fístula.
- Procurar no deformar la piel perianal, preservando ésta tanto como sea posible, para evitar deformidades de la misma<sup>22</sup>.

### MÉTODOS PARA IDENTIFICAR EL ORIFICIO PRIMARIO

1. Introducción de un estilete.

2. Inyección de azul de metileno, peróxido de hidrógeno u otros materiales, como: sol. salina, leche, índigo carmín, etc.<sup>23</sup>.

Otros métodos, como ya se dijo en párrafos anteriores, son de poca utilidad si se cumplen los preceptos anteriormente mencionados, ya que además pueden traer como consecuencia mayor confusión, toda vez que exponen a crear falsos trayectos o tatuajes sobre el mismo trayecto, que pueden confundir al cirujano<sup>24</sup>.

## ELECCION DE LA OPERACION

### Fistulotomía

Consiste en que, una vez pasado de manera exitosa el estilete e identificado el orificio fistuloso primario, se realiza un corte de todo el trayecto, sin reseca el piso del mismo, concretándose a cerrar exclusivamente la cripta que dio origen a la fístula.

Existen opiniones de que ésta es la técnica ideal cuando se trata de trayectos fistulosos profundos y en donde una mayor sección puede incrementar el riesgo de incontinencia<sup>25</sup>.

### Fistulectomía

Desde nuestro punto de vista, el tratamiento ideal consiste en la remoción de todo el trayecto fistuloso, incluido el piso del mismo. Existe mayor riesgo de dejar al paciente con incontinencia, pero en manos expertas tiene menor índice de recidivas.

Además, proporciona mayor material para ser enviado al patólogo para su estudio<sup>26</sup>.

### Colocación de setón

Este método fue descrito originalmente por Hipócrates. El principio de esta técnica se basa en que la presencia de un cuerpo extraño en el trayecto promueve una reacción fibrosa y, en consecuencia, cicatrización y acortamiento de la fístula, con lo que se facilita su tratamiento quirúrgico.

Debe utilizarse de preferencia en las fístulas supraesfinterianas (Figura 6)<sup>27</sup>.

### Avance de colgajos de mucosa

Esta técnica fue descrita por Noble en 1902 para las fístulas rectovaginales, y en el momento actual, se ha visto favorecida por diversos autores como una alternativa en el manejo de las fístulas anorrectales complejas recidivantes. Consiste en que, una vez identificado el orificio primario, se obtiene un colgajo de espesor completo de mucosa rectal sana por encima del mismo



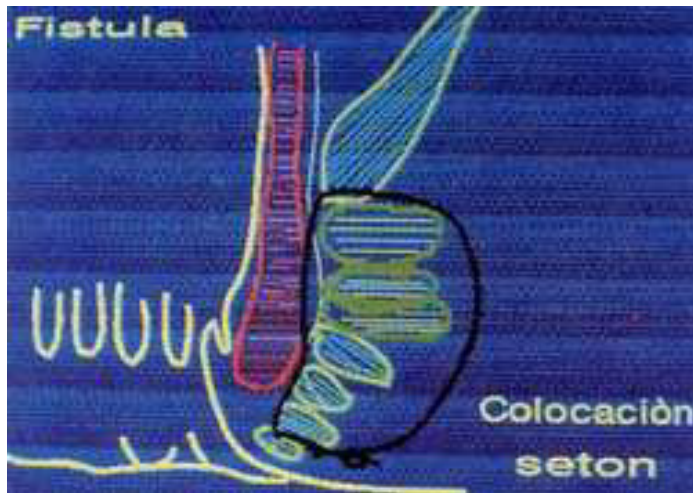


Figura 6. Colocación de setón.

y se avanza hasta la línea anorrectal, fijándose a ésta con material sintético de absorción lenta. Los resultados son satisfactorios en manos expertas<sup>28-30</sup>.

#### REFERENCIAS

1. Aguilar PS, Plascencia G, Hardy TG, et al. Mucosal advancement in the treatment of anal fistula. *Dis Colon Rectum* 1985;28:496.
2. Avendaño. Abscesos y fistulas. *Proctología* 1968, págs. 64-80.
3. Belliveau P, Thompson JP, Parks AG. Fistula in ano. A manometric study. *Dis Colon Rectum* 1983;26:152-154.
4. Corman ML. *Colon and Rectal Surgery*. Philadelphia, JB Lippincott, 1984.
5. Culp CE. Use of penrose drains to treat certain anal fistulas: A primary operative seton. *Mayo Clin Proc* 1984;59:613-617.
6. Eisenhammer RS. A new approach to the anorectal fistulous on the high intramuscular lesion. *Surg Gynecol Obstet* 1958;106:595-599.
7. Eisenhammer RS. The internal anal sphincter and the ano rectal abscess. *Surg Gynecol Obstet* 1956;103:501.
8. Eltig AW. The treatment of fistula in ano. *Ann Surg* 1912;56:774-782.
9. Fazio VW, Jones Y, Jagelman DG, et al. Rectourethral fistulas in Crohn's disease. *Surg Gynecol Obstet* (accepted for publication).
10. Gallagher DM, Scarborough RA. Repair of low rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 1962;5:193-195.
11. Gingold BS. Reducing the recurrence risk of fistula in ano. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156:661-662.
12. Goldberg SM, Nivatvongs S. *Principles of surgery*. New York, McGraw-Hill, 1979, p. 12431.
13. Goligher J. *Surgery of the anus, rectum and colon*. London, Bailliere-Tindall, 1984.
14. Hanley PH. Conservative surgical correction of horseshoe abscess and fistula. *Dis Colon Rectum* 1995;8:364-368.
15. Hanley P. Rubberband seton in the management of abscess and anal fistula. *Ann Surg* 1994; 187:435-437.
16. Hawley PR. Anorectal fistula. *Clin Gastroenterol* 1975;4:635-649.
17. Johnson WR, Dewitt DM, Masterton JP. Anterior rectal advancement flap in the repair of benign rectoprostatic fistula. *Aust NZ J Surg* 1989;51:383-385.
18. Jones Y, Fazio VW. Unpublished data, 1995.
19. Khubchandani M. Comparison of results of treatment of fistula in ano. *J Roy Soc Med* 1989;77:369-371.
20. Kronberg O. To lay open or excise a fistula in ano: A randomized trial. *Br J Surg* 1985;72:970.
21. Kuypers HC. Use of the seton in the treatment of extrasphincteric anal fistula. *Dis Colon Rectum* 1988;27:109-110.
22. Kuipers HC, Schulpen T. Fistulography for fistula in ano: Is it useful? *Dis Colon Rectum* 1985;28:103-104.
23. Kupferberg A, Zer M, Rabinson S. The use of PMMA beads in recurrent high anal fistula: A preliminary report. *World J Surg* 1984;8:970-974.
24. Lilius HG. Investigation of human foetal anal ducts and intramuscular glands and a clinical study of 150 patients. *Acta Clin Scand* 1995.
25. Mann CV, Clifton MA. Re-routing of the track for the treatment of high anal and anorectal fistulae. *Br J Surg* 1995;72:134-137.
26. Marks CG, Ritchie JK. Anal fistulas at St. Marks Hospital. *Br J Surg* 1989;64:84-91.
27. Morson BC, Dawson IM. *Gastrointestinal pathology*. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1982.
28. Noble GH. New operation for complete laceration of the perineum designed for the purpose of eliminating danger of infection from the rectum. *Trans Am Gynecol Soc* 1902;27:363.
29. Parks AG. Fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 1976;19:520-528.
30. Parks AG. Pathogenesis and the treatment of fistula in ano. *BMJ* 1961;1:463-469.