

---

## Carta al editor

*Recibido para publicación: 5 de octubre de 1999*

Dos de los trabajos publicados en este ejemplar de la Revista de Gastroenterología de México, se refieren al tema de fístulas anorrectales.

Cabe destacar que éstas ocurren en 30 a 60% de los pacientes que presentan un absceso anorrectal, y son un problema común. A pesar de esto se continúa especulando sobre cuál es la mejor alternativa de tratamiento quirúrgico (fistulotomía vs fistulectomía). Al respecto existen varios hechos que apoyan fuertemente el uso de la fistulotomía.

Al realizar una fistulectomía, la excisión del trayecto fistuloso y cicatriz circundante crea un defecto cruento considerablemente mayor al de la fistulotomía, en la cual el trayecto es únicamente incidido y debridado. El defecto creado por la fistulectomía causa una separación mayor en el esfínter anal, que se traduce en prolongación del tiempo de cicatrización y aumento en el riesgo de incontinencia fecal.

Estudios prospectivos realizados al azar, comparando cada una de las técnicas quirúrgicas, han mostrado que la fistulotomía, mejora los tiempos de cicatrización, haciéndolos más breves y con menor grado de incontinencia.

Debido a lo anterior, pienso que no debería de existir controversia alguna, siendo la fistulotomía la técnica de elección para tratar la mayoría de las fístulas rectoanales.

Los hallazgos ultrasonográficos publicados aquí también apoyan esta postura. El uso de otras técnicas debe ser individualizado en casos selectos, a fin de proporcionar al paciente un mejor resultado funcional y menor tiempo de convalecencia postoperatoria.

Dr. Manuel Muñoz