



FACULTAD DE
MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

FISTULA ANORECTAL: AVANCES EN EL TRATAMIENTO

*INTERNO: ANDRES SANDOVAL GARAY
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE*

INTRODUCCIÓN

Una fístula es una conexión anormal entre dos superficies epitelizadas, que en el caso de la fístula anorrectal constituye un trayecto inflamatorio con una abertura externa cutánea, en la región perianal y una abertura interna o primaria en el canal anal. Habitualmente se origina a partir de una infección criptoglandular que deriva en un absceso en el espacio interesfinteriano del canal anal. Se trata de una enfermedad frecuente cuya incidencia es de aproximadamente 1 de cada 10.000 personas, siendo entre 3 y 4 veces más común en varones¹.

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo realizar una actualización y análisis crítico de la literatura tanto nacional como internacional más reciente disponible acerca del tratamiento de la fístula anorrectal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda y revisión de la bibliografía disponible en las plataformas virtuales Pubmed y Scielo seleccionando revisiones internacionales y nacionales publicadas entre los años 2015 y 2022, que engloban los principales aspectos relacionados a la temática expuesta. Las palabras clave que se utilizaron según términos MeSH incluyeron absceso, fístula, fístula anorrectal, perianal, ligadura del tracto de fístula interesfinteriana (LIFT) y enfermedad de Crohn.

RESULTADOS

Etiología

Un 80% de las fístulas anorrectales son causadas por la infección criptoglandular y el desarrollo de un absceso interesfinteriano. En los pacientes con un absceso anorrectal, un 30% a 70% presenta una fístula anorrectal concomitante y, de aquellos que no la tienen, aproximadamente el 30% al 50% finalmente serán diagnosticados con una fístula en los meses o años posteriores al drenaje del absceso. No obstante, también existen otras causas, como por ejemplo enfermedad de Crohn, tuberculosis, procesos inflamatorios pelvianos, traumas y radioterapia.. Las criptas glandulares se ubican a la altura de la línea pectínea y pueden extenderse a través de las fibras del esfínter interno hasta el espacio interesfinteriano, compuesto por tejido conjuntivo y grasa. Desde allí, las fístulas pueden dirigirse hacia la piel, lo que ocurre en el 70% de los casos, o bien cruzar el esfínter externo para terminar en las fosas isquiorrectales, lo que ocurre en el 20% de los casos. En algunos casos es posible observar abscesos en el trayecto de estas fístulas, principalmente en el espacio interesfinteriano o en la fosa isquiorrectal²

Clasificación:

Aunque un absceso anorrectal se describe por el espacio anatómico en el que se forma, una fístula anorrectal se clasifica en términos de su relación con los

esfínteres anales interno y externo (clasificación de Parks), clasificándose en interesfinterianas(45%), transesfinterianas (30%), supraesfinterianas (20%) y extraesfinterianas (5%)². A su vez, las fístulas anorrectales también se clasifican en simples y complejas, lo que tiene gran importancia práctica y quirúrgica. Una fístula anorrectal se define como simple cuando el tracto es interesfintérico o transesfintérico bajo (que cruza <30% del esfínter anal externo). En cambio, las fístulas anorrectales se definen como complejas en casos de poseer un tracto transesfintérico alto (que cruza >30% del esfínter anal externo); en pacientes considerados de riesgo de incontinencia fecal postoperatoria (fístula anterior en mujeres, fístula recurrente o incontinencia fecal preexistente) aunque tengan tracto transesfintérico bajo; tractos supraesfinterianos o extraesfinterianos; y en fístula anorrectal con múltiples tractos o aquellas asociadas con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), radiación, neoplasia maligna, tuberculosis o diarrea crónica³.

Evaluación

Abarcando primero la presentación del absceso anorrectal por su asociación a la fístula anorrectal, este generalmente se diagnostica con la anamnesis y el examen físico del paciente, siendo el síntoma más importante el dolor progresivo que puede llegar a ser invalidante, volviéndose permanente y que no se intensifica con la defecación, aumentando con las maniobras de valsalva. Además se puede asociar a síntomas urinarios y más frecuentemente en abscesos profundos, incluidos los del espacio supraelevador o isquiorrectal alto, pueden presentar fiebre, calofríos y compromiso del estado general. Respecto al examen físico, los abscesos superficiales salvo el interesfintérico son visibles a la inspección; además al tacto rectal puede sentirse hipotonía esfinteriana. El diagnóstico diferencial del absceso anorrectal puede incluir fisura anal, trombosis hemorroidal, enfermedad pilonidal, hidradenitis, neoplasia anorrectal, enfermedad de Crohn e infecciones de transmisión sexual⁴.

En cuanto a la evaluación de la fístula anorrectal, se debe indagar sobre la función inicial del esfínter anal, antecedentes de operaciones anorrectales, antecedentes familiares de EII, antecedentes obstétricos y patología gastrointestinal, genitourinaria o ginecológica asociada. Dentro de la sintomatología se encuentra la sensación de ano húmedo, prurito anal y la eliminación de mucosidad. La inspección del perineo debe considerar observar los hallazgos específicos de un absceso, cicatrices quirúrgicas, deformidades anorrectales y la presencia de una abertura de fístula externa. Al examen físico es posible visualizar el orificio fistuloso secundario, y al efectuar el tacto rectal puede ser posible palpar el trayecto completo.

Estudio

En cuanto al estudio con imágenes, en un estudio retrospectivo que incluyó a 113 pacientes con absceso anorrectal, la sensibilidad general de la tomografía computada (TC) para detectar un absceso fue del 77%. Por otro lado, la resonancia

magnética posee la ventaja sobre la TC en su capacidad para identificar abscesos anorrectales y trayectos fistulosos asociados. En un estudio prospectivo de 50 pacientes con sospecha de fístula anorrectal, la resonancia magnética tuvo una sensibilidad del 95%, con una especificidad del 80% y un valor predictivo positivo del 97% en la detección y clasificación del trayecto de la fístula primaria⁵.

Un examen complementario suele ser la endosonografía anorrectal, sobre la cual los estudios demuestran concordancia con los hallazgos operatorios en 73% a 100% de los casos¹.

Tratamiento

Los objetivos primordiales son cerrar la abertura interna y los canales epitelizados asociados, al mismo tiempo que se conserva la funcionalidad del esfínter anal. Dado que no existe un enfoque único que sea apropiado para todas las fístulas, el tratamiento debe tomar en cuenta diversos factores, como la causa y la estructura anatómica de la fístula, la gravedad de los síntomas, las condiciones médicas subyacentes de los pacientes y la experiencia y preferencias de los cirujanos. Esto implica reconocer la relación entre la extensión de la intervención en el esfínter y los riesgos asociados con la cicatrización, la recurrencia y el resultado funcional.

En pacientes con una fístula anorrectal simple y una función normal del esfínter anal, se recomienda una fistulotomía abierta, que corresponde a una de las técnicas más empleadas con altas cifras de curación, en donde la cicatrización es lenta y la epitelización se completa entre 1 y 2 meses, asociándose en estos pacientes a más del 90% de resolución de la fístula. Múltiples estudios prospectivos y multicéntricos indican que cuando se utiliza la fistulotomía para fístulas anales simples y bajas, el riesgo de incontinencia fecal clínicamente significativa es mínimo en pacientes adecuadamente seleccionados. Sin embargo, un estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó a 537 pacientes con fístulas bajas que se sometieron a fistulotomía informó una incidencia del 28% de complicaciones graves posteriores al procedimiento⁶. Los factores relacionados con la recurrencia después de la fistulotomía incluyen la ramificación de las fístulas, la falta de identificación precisa de la abertura interna y las fístulas asociadas con la enfermedad de Crohn.

La fistulectomía, en la que se reseca todo el trayecto fistuloso en lugar de abrirlo dejando una zona cruenta más amplia, se ha comparado con la fistulotomía, en un ensayo controlado aleatorio publicado en 1985 se encontró que los pacientes sometidos a fistulectomía tenían tiempos de curación más prolongados, defectos más grandes y un mayor riesgo de incontinencia fecal en comparación con los pacientes sometidos a fistulotomía, pero que tenían tasas de recurrencia de fístula comparables, a su vez no se obtuvo evidencia concluyente de que la fistulectomía se asociara con peores resultados en comparación con la fistulotomía en pacientes con fístulas bajas⁷.

Para el tratamiento de la fístula anorrectal compleja, existe la técnica del colgajo (Endorectal Advancement Flap) en la cual se extirpa la porción extraesfinteriana del trayecto fistuloso, se reseca la mucosa rectal alrededor del orificio fistuloso interno y se realiza una cobertura de la zona cruenta con un colgajo de diferente grosor, el cual se fija al borde inferior del esfínter interno. Series retrospectivas, pequeños ensayos clínicos y un metanálisis informan la curación en 66% a 87% de los pacientes después de un colgajo de avance endorrectal inicial para una fístula criptoglandular⁸. Los factores asociados con el fracaso de esta técnica incluyen antecedentes de radioterapia pélvica, enfermedad de Crohn subyacente, proctitis activa, antecedentes de drenaje de abscesos, tabaquismo, cáncer, obesidad y haber tenido más de un intento previo de reparación.

En el tratamiento de las fístulas anorrectales transesfinterianas, se utiliza la técnica LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract), que consiste en la interrupción y resección del trayecto fistuloso a nivel del espacio interesfintérico con una ligadura cercana al orificio fistuloso interno. Un metanálisis de 1378 procedimientos LIFT de 26 estudios demostró una tasa general de éxito del 76%, una tasa general de complicaciones del 14% y una tasa de incontinencia fecal del 1,4%. En este estudio, los factores de riesgo de fracaso incluyeron la anatomía en herradura, las fístulas de la enfermedad de Crohn y los antecedentes de cirugía de fístula⁹. Otros estudios que evalúan los resultados del LIFT a largo plazo han demostrado tasas más bajas de curación primaria, que oscilan entre el 42% y el 62%; sin embargo, el procedimiento LIFT se ha asociado con tasas significativas de curación secundaria después de una reintervención quirúrgica (típicamente fistulotomía para una recurrencia interesfintérica) que oscilan entre 77% y 86%.

Discusión

En cuanto a los tratamientos expuestos, es probable que la fistulotomía sea una técnica eficiente en la mayoría de los casos de fístula anorrectal baja (que compromete menos del 30% del esfínter externo), aunque hay otros elementos que se deben integrar en el análisis de un paciente en particular. Los factores de riesgo relevantes a considerar incluyen el género femenino (especialmente con fístulas anteriores), la diabetes, la obesidad, fístulas muy altas o de múltiples trayectos, fístulas recidivadas y pacientes con daño esfinteriano previo. En cuanto al diagnóstico imagenológico, destaca la preferencia por la resonancia magnética por su alta resolución de contraste entre los diferentes tejidos que permite un mejor estudio de las partes blandas, caracterizando los diferentes compartimentos y mostrando la relación de las fístulas en coronal con el plano del elevador y hacia caudal con la fosa isquiorrectal, permitiendo así determinar el origen, curso del trayecto fistuloso y anatomía de la región anorrectal, por lo que se considera esencial para la evaluación pre-quirúrgica

Aunque la evidencia es limitada por la falta de trabajos prospectivos, está claro que las técnicas más recientes como la técnica del colgajo y la LIFT no provocan una alteración significativa de la continencia, sin embargo, las tasas de persistencia/recurrencia son relativamente elevadas en relación a las técnicas anteriormente descritas, aunque siempre hay que considerar la importancia de hacer un análisis específico de los riesgos de incontinencia de cada paciente previo a la elección de un procedimiento.

Se puede concluir que al ofrecer una técnica de tratamiento, el médico y el paciente debe contrastar los beneficios de las técnicas emergentes (menor tiempo de cicatrización, una agresión quirúrgica atenuada y probablemente un postoperatorio más tolerable) con una tasa relativamente alta de recidiva, y señalar que una eventual falla, probablemente no afectaría los resultados finales de nuevos procedimientos para tratar la recidiva.

Bibliografía

1. Soffia S, Pablo, Coca V, Alejandra, Martínez V, Cristina, Schiappacasse F, Giancarlo, Bosch O, Enrique, Ríos O, Guillermo, & Varela U, Cristián. (2006). CARACTERIZACION DE FISTULAS ANORRECTALES MEDIANTE RESONANCIA MAGNETICA DE ALTA RESOLUCION: REVISION PICTOGRAFICA. *Revista chilena de radiología*, 12(2), 92-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082006000200008>
2. Borstnar, C. R., & Cardellach, F. (2020). Enfermedades del recto y del ano. In Farreras Rozman, *Medicina Interna* (19th ed., pp. 197–205). essay, Elsevier.
3. Litta, F., Parello, A., Ferri, L., Torrecilla, N. O., Marra, A. A., Orefice, R., De Simone, V., Campenni, P., Goglia, M., & Ratto, C. (2021). Simple fistula-in-ano: is it all simple? A systematic review. *Techniques in coloproctology*, 25(4), 385–399. <https://doi.org/10.1007/s10151-020-02385-5>
4. Gaertner, W. B., Burgess, P. L., Davids, J. S., Lightner, A. L., Shogan, B. D., Sun, M. Y., Steele, S. R., Paquette, I. M., Feingold, D. L., & Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons (2022). The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Diseases of the colon and rectum*, 65(8), 964–985. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002473>
5. Göttgens, K.W.A., Janssen, P.T.J., Heemskerk, J. et al. Long-term outcome of flow perianal fistulas treated by fistulotomy: a multicenter study. *Int J Colorectal Dis* 30, 213–219 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00384-014-2072-y>
6. Kronborg O. (1985). To lay open or excise a fistula-in-ano: a randomized trial. *The British journal of surgery*, 72(12), 970. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800721211>
7. Podetta, M., Scarpa, C. R., Zufferey, G., Skala, K., Ris, F., Roche, B., & Buchs, N. C. (2019). Mucosal advancement flap for recurrent complex anal fistula: a repeatable procedure. *International journal of colorectal disease*, 34(1), 197–200. <https://doi.org/10.1007/s00384-018-3155-y>
8. Emile, S. H., Khan, S. M., Adejumo, A., & Koroye, O. (2020). Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) in treatment of anal fistula: An updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression of the predictors of failure. *Surgery*, 167(2), 484–492. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.09.012>