



UNIVERSIDAD DE CHILE

Fístulas Anorectales: Diagnóstico y Tratamiento

INTERNA: PAULA FIERRO CONTRERA
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ
DEPTO. DE CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

INTRODUCCIÓN

El absceso anorrectal (AAR) es el evento agudo que puede producir una fístula anorrectal (FAR), debido a la infección crónica y la epitelización del trayecto, creando una conexión anormal entre el recto y la piel perianal. Es así como el orificio ubicado en el recto se denomina primario y el ubicado en la piel, secundario.

Entre el 30 y 70% de los pacientes presentan en forma concomitante un AAR junto a una FAR. El 30% presenta la FAR meses o hasta un año después del drenaje del AAR.

Por su alta frecuencia en la consulta ambulatoria, es esencial la sospecha clínica, el diagnóstico y la derivación, ya que esta patología siempre requiere resolución quirúrgica (1).

El objetivo de esta revisión bibliográfica es realizar una descripción general y actualizada de la definición de FAR, su diagnóstico y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Para este trabajo se realizó una revisión bibliográfica de manera virtual de documentos, estudios científicos y revisiones sistemáticas nacionales e internacionales de distintas sociedades científicas, relacionadas con cirugía coloproctológica, mediante buscadores científicos online como PubMed, UpToDate y la Biblioteca Digital de la Universidad de Chile. Además, se analizaron las referencias bibliográficas de los artículos escogidos para obtener una visión más profunda de temas relacionados con la FAR. Se seleccionaron archivos en español e inglés provenientes de distintos países sudamericanos, norteamericanos y europeos, en los cuales se define la FAR y se describe su tratamiento. Se definió como criterio de exclusión a documentos previos al 2010 y estudios referentes a patología pediátrica. Finalmente, se utilizaron 6 artículos científicos publicados desde el 2010 al 2023, siendo revisados y analizados de manera individual.

RESULTADOS

1. Epidemiología

La incidencia exacta de las FAR en Chile se desconoce. Se supone que hasta un 60% de los AAR evolucionarán a una fístula, sin embargo, no existen datos certeros, debido a que muchos abscesos se drenan espontáneamente o son drenados en forma ambulatoria.

Existe una mayor prevalencia entre los 30 y 40 años de edad, siendo más frecuente en hombres, inmunosuprimidos, obesos, sedentarios, pacientes con hábito tabáquico y/o alcohólico (1,2).

2. Fisiopatología

La etiología criptoglandular se asocia al 90% de los AAR y las FAR. Es decir, la sepsis tiene origen a partir de una glándula anal obstruida, localizada en el espacio interesfintérico, desencadenando un proceso inflamatorio e infeccioso que da origen al AAR, el que, luego de ser drenado, puede generar una comunicación entre la cripta de origen y la piel perianal, estableciendo una FAR.

El 10% restante, son debidos a etiologías específicas, como enfermedad de Cronh, enfermedades neoplásicas traumas y tuberculosis, entre otras (1,2).

3. Clasificación

Clasificación de las fístulas según Parks: las divide de acuerdo a su recorrido a través del aparato esfinteriano, teniendo en cuenta la altura y el compromiso esfinteriano del trayecto (1,2). Es así que se dividen en:

3.1. Interesfinterianas (70%): transcurren entre el esfínter interno y externo.

3.2. Transesfinterianas (25%): transcurren atravesando ambos esfínteres.

3.3. Supraesfinterianas (3%): transcurren por encima de los esfínteres.

3.4. Extraesfinterianas (2%): transcurren por fuera del aparato esfinteriano, atravesando el músculo elevador del ano.

4. Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico, podemos decir que se basa en una anamnesis detallada, examen físico y algunos métodos complementarios.

La clínica habitual describe la presencia de secreción de material maloliente, sensación de año húmedo y prurito. Es mandatorio preguntar por el antecedente de drenaje espontáneo o quirúrgico de un AAR.

El examen físico debe realizarse con la adecuada privacidad, iluminación y posición del paciente. La inspección de la región perianal permite identificar la presencia del orificio secundario y/o la de alguna cicatriz, esta última como antecedente del drenaje de un AAR. Al realizar tacto rectal es importante evaluar la integridad y el tono del esfínter, además de palpar el trayecto de la FAR, si fuera posible. Por último, la anoscopía permite la visualización del orificio primario y el trayecto fistuloso, por lo que se debe realizar en caso de estar disponible (1).

En este contexto, para caracterizar el trayecto y la localización del orificio primario, se emplea la regla de Goodsall, en la cual se divide el ano en dos hemianos, anterior y posterior, trazando una línea transversal. A partir de esto, se dice que un orificio externo en el hemiano posterior se originará a partir de un orificio interno en la línea media posterior, ya que la fístula sigue un trayecto curvilíneo. En cambio, cuando el orificio externo se localiza en el hemiano anterior, es probable que el orificio interno se encuentre en la misma hora que el externo, pues la fístula sigue un trayecto rectilíneo. La excepción es cuando el orificio externo ubicado en el hemiano anterior, se aleja varios centímetros del margen anal, ya que puede indicar que el orificio interno se encuentra en la línea media posterior.

El examen anal bidigital proporciona información de la relación del tracto con el esfínter, su tono y volumen (2).

5. Estudios complementarios

En este sentido, los estudios imagenológicos juegan un rol importante en la caracterización de las FAR, especialmente las complejas, y para definir la estrategia quirúrgica. Los más recomendados son:

5.1. Resonancia magnética nuclear de pelvis: es útil en el estudio de las fístulas complejas, ya que detecta con mayor precisión los trayectos de estas, extensiones secundarias y orificios

internos. Tiene una sensibilidad y especificidad entre el 86 y 96%. Se considera el método óptimo para el estudio de las FAR y sus complicaciones (2,4).

5.2. Ecografía endoanal: método no invasivo que permite identificar el trayecto fistuloso. Tiene una sensibilidad del 98% y un valor predictivo positivo del 95%, comprobado durante el procedimiento quirúrgico. No obstante, presenta algunas limitaciones para las fistulas supra o extraesfinterianas, o aquellas con extensiones secundarias (2,5).

5.3. Rectosigmoidoscopia y colonoscopia: tienen el propósito de buscar patología asociada, como neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras (2).

6. Tratamiento

En relación al tratamiento de las FAR, este tiene como objetivos principales lograr el cierre del trayecto fistuloso y preservar la función esfinteriana. Para ello existen una gran variedad de procedimientos y técnicas quirúrgicas, por lo que el tratamiento elegido debe ajustarse a las características de la fístula, del paciente y a la experiencia del cirujano. El éxito terapéutico se evaluará de acuerdo a la recidiva de la FAR, retardo en la cicatrización e incontinencia anal postoperatoria. A continuación se describen algunas técnicas:

6.1. Fistulotomía: consiste en la apertura del trayecto de la FAR, removiendo tejido de granulación mediante curetaje y dejando la herida abierta. Está indicada en fístulas simples, superficiales, que comprometan menos de 1/3 del esfínter anal y con función esfinteriana normal. Esta técnica presenta altas tasas de curación, cercanas al 100%, pero existe el riesgo de incontinencia si no se indica de manera adecuada. Esta técnica ha mostrado menor tiempo de cicatrización y menor requerimiento de analgesia postoperatoria.

6.2. Fistulectomía: consiste en la resección del trayecto fistuloso. Su uso no es recomendado, debido a que se generan heridas grandes con prolongados tiempos de cicatrización, la separación muscular genera injuria y puede aumentar el riesgo de incontinencia.

6.3. Sedal: consiste en la colocación de un sedal en el trayecto fistuloso. Esta técnica está indicada en las FAR con compromiso del complejo esfinteriano mayor al 30%, ya que tienen mayor riesgo de incontinencia. Además, posee tasas altas de curación y recurrencia del 10%. Se divide en dos técnicas:

6.3.1. Sedal suelto: el objetivo de la instalación de un sedal sin tensión es la de generar un drenaje continuo de la sepsis perianal, impidiendo el cierre temprano del orificio externo y la formación de un AAR. Este drenaje puede ser retirado luego de un tiempo y esperar el cierre espontáneo de la fístula.

6.3.2. Sedal de corte: el fin de esta técnica es la división lenta del esfínter abarcado por el sedal, con migración caudal progresiva y eventual extrusión del mismo. Presenta tasas de curación sobre el 90% y tasas de incontinencia del 12%.

6.4. Colgajos de avance: consiste en la creación de un colgajo de tejido nativo para cubrir el orificio interno luego de controlar la sepsis con el curetaje del trayecto fistuloso. Está indicado en FAR complejas, transesfinterianas medias y altas, y supraesfinterianas. Se divide en tres técnicas:

6.4.1. Colgajo de avance transanal: el colgajo se confecciona con el límite inferior distal al orificio interno y dos extensiones laterales hacia cefálico, pudiendo ser de espesor parcial, utilizando mucosa y submucosa, o de espesor total cuando se utiliza mucosa, submucosa y fibras del esfínter anal interno. Presenta una tasa de curación del 60%, tasa de incontinencia del 25% y tasa de recurrencia del 21%. Entre sus contraindicaciones se encuentran la proctitis, sepsis no resuelta, trayectos secundarios persistentes, fístula de más de 3 cm de diámetro, patología maligna, radiación, estenosis anal y fístula de menos de 4 semanas.

6.4.2. Colgajo de avance cutáneo: el colgajo se confecciona con la piel perianal. Presenta tasas similares a la técnica anterior, pero con la ventaja de evitar el ectropión y con la desventaja de generar una cicatriz perianal.

6.4.3. Colgajo de avance en manga transanal: requiere la movilización de la circunferencia del conducto anal. Se ha utilizado en pacientes con fístulas complejas asociadas a la enfermedad de Crohn.

6.5. Ligadura interesfintérica del trayecto fistuloso (LIFT): técnica propuesta para FAR transesfinterianas y complejas. Consiste en localizar el trayecto a nivel del espacio esfinteriano con ligadura y sección del mismo, sin sección muscular, por lo que conserva la continencia. Presenta una tasa de curación del 76% y tasas de incontinencia menores al 2%.

Además de las estrategias quirúrgicas anteriormente descritas, existen nuevas técnicas como el láser (FiLaC) y tratamiento asistido por video (VAAFT), las cuales poseen un costo elevado, por lo que no son utilizadas de rutina. Otros tratamientos como el plug biológico o sintético y la inyección de distintas sustancias en el trayecto fistuloso no lesionan el esfínter anal, pero actualmente cuentan con escasa evidencia (2,3,6).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A modo de síntesis, el diagnóstico de las FAR es esencialmente clínico, de ahí la importancia de una anamnesis acabada, incluyendo los factores de riesgo nombrados anteriormente y los síntomas y signos más frecuentes, como lo son la secreción maloliente por el orificio externo de la fístula, la sensación de ano húmedo y el prurito. Todo esto acompañado de un examen físico completo.

Lo anterior, se complementa con estudios por imágenes, especialmente en las fístulas complejas, ya que mediante el examen físico son difíciles de caracterizar. El principal fin es definir la estrategia quirúrgica, debido a que demuestran el trayecto y su relación con el aparato esfinteriano. En este sentido, la resonancia nuclear magnética de pelvis se considera el exámen de elección, por su mayor precisión. La ecografía endoanal presenta limitaciones en fístulas supraesfinterianas, extraesfinterianas y/o con extensiones secundarias.

En cuanto al manejo, podemos decir que la fistulotomía está indicada en pacientes con fístulas simples y función esfinteriana normal, ya que puede causar incontinencia. La colocación de un sedal se indica cuando el compromiso del complejo esfinteriano es mayor al 30%. Los colgajos de avance también se utilizan principalmente para las fístulas complejas, transesfinterianas

medias y altas y supraesfinterianas. La LIFT igualmente se indica en fístulas transesfinterianas y complejas con un trayecto fistuloso bien establecido.

Actualmente, se cuenta con otras técnicas menos utilizadas como el FiLaC, VAAFT y técnicas biológicas, no obstante no son ampliamente recomendadas, ya sea por su alto costo o por contar con escasa evidencia.

Finalmente, la importancia de la FAR radica en que es una patología frecuente de consulta ambulatoria, por lo que el médico general debe sospechar, diagnosticar y derivar oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bocic G, Rojas M, García M, et al. Capítulo XXVIII: Abscesos y fistulas anorrectales. Sección IV Coloproctología. Cirugía en Medicina General: Manual de enfermedades quirúrgicas (primera ed.) 2020. Santiago, Chile: Centro de Enseñanza y Aprendizaje, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
2. Salim L, Matzner M. Unidad III: Patología anal. Capítulo 11: Abscesos y fístulas anorrectales. Parte 2: Fístulas. Enfermedades del colon, recto y ano 2023. Buenos Aires, Argentina.
3. Breen E, Ronald Bleday R; ANORECTAL FISTULA: CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSIS, AND MANAGEMENT PRINCIPLES, UpToDate. Última actualización: julio 2015
4. M. Á. Corral de la Calle, J. Encinas de la Iglesia, G. Fernández Pérez, D. Agueda del Bas; Ávila, Enfermedad fistulosa perianal en Resonancia Magnética; SERAM 2012 / S-0966
5. Pomerri F, Dodi G, Pintacuda G, Amadio L, et al. Anal endosonography and fistulography for fistula in ano. Radiol Med 2010; 115:771-783.
6. Illanes F. ABSCESOS Y FÍSTULAS. Santiago, Chile: Hospital San Borja-Arriarán, Facultad de medicina, Universidad de Chile.