

Fístula anorrectal operada con anestesia local

Anorectal fistula operated with local anesthesia

Geovany Pérez Curbelo¹ <https://orcid.org/0009-0001-9633-0375>

Yoandra Benítez González^{1*} <https://orcid.org/0009-0005-0346-7479>

Alejandro López Sotelo¹ <https://orcid.org/0000-0002-8077-2056>

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: ybenitez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las fístulas anorrectales son un proceso crónico debido a la presencia de abscesos y consisten en la comunicación anormal entre el ano-recto y estructuras adyacentes o un órgano vecino mediante un trayecto, por lo que es de crucial importancia el manejo terapéutico de estas fístulas.

Objetivo: Ampliar el conocimiento teórico-práctico sobre el diagnóstico y el tratamiento de la fistula anal complicada.

Presentación del caso: Se presenta un adulto de 46 años de edad con diagnóstico de fístula supurativa crónica en la región perianal que invadió los genitales externos. Luego del chequeo preoperatorio se realizó intervención quirúrgica ambulatoria con anestesia local infiltrativa, seguimiento dos veces por semana en consulta durante el primer mes y luego semanal hasta su cura y alta definitiva a las nueve semanas de operado.

Conclusiones: La fistulotomía o apertura del trayecto fistulosos, está indicada en fístulas simples que involucren menos de un tercio del esfínter anal y en pacientes con función esfinteriana normal. Estas son causa de incontinencia con mayor

frecuencia en mujeres y en pacientes con disfunción esfinteriana y antecedentes de cirugías perianales o fístulas complejas.

Palabras clave: fístula anorrectal; cirugía ambulatoria; anestesia local infiltrativa.

ABSTRACT

Introduction: Anorectal fistulas are a chronic process due to the presence of abscesses and consist of abnormal communication between the anus-rectum and adjacent structures or a neighboring organ through a pathway; therefore, the therapeutic management of these fistulas has crucial importance.

Objective: To expand theoretical and practical knowledge on the diagnosis and treatment of complicated anorectal fistula.

Case presentation: The case is presented of a 46-year-old adult with a diagnosis of chronic suppurative fistula in the perianal region that invaded the external genitalia. After preoperative checkup, ambulatory surgical intervention was performed with infiltrative local anesthesia, including follow-up twice a week in consultation during the first month and then weekly until his cure, and definitive discharge nine weeks after surgery.

Conclusions: Fistulotomy or opening of the fistulous tract is indicated in simple fistulas involving less than one third of the anal sphincter and in patients with normal sphincter function. These are the cause of incontinence more frequently in women and in patients with sphincter dysfunction and a history of perianal surgery or complex fistulas.

Keywords: anorectal fistula; ambulatory surgery; infiltrative local anesthesia.

Recibido: 12/10/2024

Aceptado: 12/11/2024

Introducción

La fístula anorrectal es una enfermedad benigna descrita desde el Corpus Hippocratum hace más de 2.000 años. Se conoce desde tiempos históricos, en el 400 a. C. cuando Hipócrates describió el tratamiento de una fístula anal con una fistulotomía y el empleo de un setón de corte hecho con pelo de caballo. En el siglo XIV, el cirujano inglés John Arderne también describe la fistulotomía y el uso del setón.

Usualmente esta fistula comprende una apertura externa, un trayecto principal y una apertura interna, al ser una comunicación anormal entre dos superficies con revestimiento epitelial; la mucosa del conducto anal o del recto inferior y la piel del periné. Representa el 25 % de las afecciones anorrectales, y su edad de presentación más común es entre los 20 y 60 años y mayor afectación en el sexo masculino.^(1,2)

La fístula anorrectal denota la fase crónica de la sepsis ano rectal y está caracterizada por un drenaje purulento crónico o dolor cíclico asociado con reacumulación del absceso, seguido de descompresión espontánea intermitente, además de celulitis perianal y prurito anal.⁽²⁾

En la mayoría de los casos no existen causas específicas aceptándose entonces un origen criptoglandular, teoría propuesta por Eisenhanmer y Parks, según la cual, las fístulas perianales se producirían por infección de las glándulas anales, cuyo cuerpo se sitúa en el espacio interesfintérico a la altura de la línea dentada. Desde allí, la infección se podría extender a través de los espacios de la región anorrectal. Otras etiologías incluyen la enfermedad de Crohn, las neoplasias malignas, la radiación, los traumatismos o la presencia de un cuerpo extraño. En general afecta a adultos entre la segunda y sexta década de la vida, con predominio del sexo masculino y su frecuencia no se conoce con exactitud.^(3,4,5)

Existen pocos datos acerca de su prevalencia, la cual es de aproximadamente 1-2 casos por 10 000 habitantes en estudios de población europea y en América, aunque supone entre el 10-30 % de las intervenciones coloproctológicas con mayor frecuencia entre los 30 a 50 años de edad y una incidencia mayor en los varones.

La clasificación clásica de las fístulas fue descrita por *Parks*⁽⁴⁾ y utiliza al esfínter anal externo como punto de referencia, pudiendo ser interesfinterianas, transesfinterianas, extraesfinterianas y supraesfinterianas.

Sin embargo, últimamente se usa una clasificación que las separa en fístulas simples, complejas o complicadas.^(2,6) Es muy importante intentar determinar preoperatoriamente ante qué tipo de fístula se está a fin de planificar una estrategia quirúrgica que intente disminuir el riesgo de recidiva y de incontinencia.^(4,7)

El objetivo de esta presentación fue ampliar el conocimiento teórico-práctico sobre el diagnóstico y el tratamiento de la fístula anorrectal complicada.

Presentación de caso

Se presenta un paciente de 46 años de edad y color de la piel blanca con antecedentes de salud, que refirió que hacía aproximadamente un año, después de padecer estreñimiento crónico comenzó con dolor en región perianal, acompañado de un aumento de volumen, fiebre de 38 °C y dificultad para la deambulaci3n, por lo que recibió tratamiento médico por su área de salud que resolvió el cuadro agudo.

Además de que hace aproximadamente ocho meses que notó, próximo a la bolsa escrotal derecha, una induraci3n que le manchaba la ropa interior, humedad y supuraci3n intermitente que se acompa1a de molestias, prurito y escaso sangrado.

Al examen físico:

- Raíz del escroto derecho: se observa orificio fistuloso de bordes fibroso.
- Regi3n perianal:
 - Inspecci3n: normal.
 - Palpaci3n: cord3n fibroso subcutáneo que va desde el conducto anal hacia la raíz del escroto derecho.
 - Examen digital rectal: induraci3n en la zona de la lín3a anorrectal donde est3 el orificio primario. Esfínter normot3nico y no tumor.

- Próstata con ligero abombamiento.

Estudios realizados:

- Rectosigmoidoscopia: se observó a nivel del conducto anal la cripta engrosada a nivel del orificio fistuloso interno o primario.
- Hemograma y química sanguínea en límites normales.

Tratamiento:

- Tras discusión colectiva en el servicio se programó turno quirúrgico.
- Discusión en la cual se decidió realizar mediante una cirugía electiva mayor ambulatoria.
- Con el uso de anestesia local infiltrativa, luego del bloqueo nervioso de la región perianal y periné anterior con lidocaína al 1 %.
- Se introdujo el explorador por orificio fistuloso secundario que se encontraba en la raíz del escroto derecho, hacia el ano.
- Se realizó fistulotomía cortando la apertura interna de la fistula (fig. 1).



Fig. 1- Fistulotomía.

- Luego se realizó fistulectomía con desbridamiento y raspado eliminando así el tejido infectado, incluyendo trayecto y orificios fistulosos.
- Se realizó adecuada hemostasia y vendaje de la herida (fig. 2).



Fig. 2 - Fistulectomía.

- Se indicó como tratamiento posoperatorio inmediato reposo en cama, dieta libre y analgésicos. Luego de las 24 h de operado, se le indicó higiene anal local posdefecatoria y a la hora del baño; defecar diario, hidroterapia (baños de asientos tibios), tres veces al día por 20 minutos.
- Consulta semanal hasta su recuperación. Se tomaron fotos para evaluar su evolución por semanas, con buena granulación de la región perianal.
- Se mantuvo el seguimiento por el servicio de coloproctología con curas con mercurio cromo y las medidas antes mencionadas hasta las nueve semanas, manteniendo una buena evolución.
- Una vez que la herida estuvo completamente cerrada por segunda intención y se decidió su alta definitiva.

Discusión

La fístula anorrectal es un antiguo y frecuente problema quirúrgico. Secundaria por lo general, a un absceso perianal tratado con una o más incisiones, los principales objetivos de su tratamiento son drenar la infección, erradicar el trayecto fistuloso, preservar la integridad y función esfinteriana, prevenir su recurrencia preservando la continencia fecal del paciente, lo cual puede alcanzarse mediante la fistulotomía o fistulectomía, lo que requiere clasificar adecuadamente el trayecto primario de la fístula y evaluar su extensión.^(2,6,7)

Este padecimiento ha desafiado las habilidades de los cirujanos de todos los tiempos. No es de extrañar que Salmon, hace más de 170 años, se viera frustrado por la alta tasa de recurrencias en la cirugía de la fístula anal y describió en El hospital para el alivio de los pobres afligidos con fístula y otras enfermedades del recto.

El tratamiento de la fístula anorrectal complicada es un reto quirúrgico debido al riesgo de lesión de los esfínteres y de desarrollar incontinencia fecal. Existen muchas técnicas para el tratamiento de las fístulas anales como fistulotomía, fistulectomía, sedales, colgajo de avance.^(1,2,7)

Una vez realizada la evaluación preoperatoria se debe elegir la técnica quirúrgica a usar. Mientras el tratamiento de las fístulas interesfinterianas o superficiales es relativamente simple y preserva por completo el esfínter externo, las fístulas complejas y complicadas tienen un manejo más cuidadoso. Existen diferentes técnicas que en manos experimentadas tienen tasas de recurrencia variables que van de 0 a 36 % y rangos de incontinencia de 0 a 12,5 % probablemente debido a la experiencia del cirujano.^(8,9,10)

La apertura amplia de la fístula y cicatrización de la herida por granulación es el método clásico; el trayecto de la fístula se abre ampliamente y la herida resultante se

deja que cicatrice por granulación. Esta operación es una de las más antiguas que se conocen en la cirugía.

En 1934 se desenterraron en Pompeya instrumentos usados para esta operación, de la que existen notas de que, a menudo fue practicada en la Edad Media. En su tratado de cirugía, John Arderne, un cirujano del siglo XIV y comienzos del xv describió claramente el tratamiento de la fístula anal, que se abre con una sonda y un bisturí.^(4,10,11) Luego, el método de abrir las fístulas por incisión fue sustituido en la práctica por algunos cirujanos por el uso de una recia ligadura de seda o caucho pasada a través del trayecto y firmemente anudada para producir necrosis de los tejidos apresados por la ligadura. Percival Pott (1779) preconizaba enérgicamente que las fístulas deben abrirse, según describe Árdeme por simple incisión y dejar la herida abierta aplicando un apósito adecuado. Método que también apoyaba Frederick Salmón, fundador del St. Mark's Hospital, en 1835, primordialmente para el tratamiento de los casos con fístulas anales.^(1,8,10)

Aunque la creación de una herida externa con estas características favorables para la cicatrización puede contribuir a lograr una curación satisfactoria es importante subrayar que, por más profundamente que se llegue en la disección de la fístula, si no se logra encontrar el orificio interno o profundo cuando este existe, y extirpar los recovecos más escondidos del trayecto fistuloso y de los tractos accesorios, la operación fracasa y el problema de la fístula secretante seguirá sin resolverse.^(4,10,11)

La colocación de un sedal (seda, bandas de goma, borde de guante) se indica cuando el compromiso del complejo esfinteriano es mayor al 30 % y su sección podría ocasionar incontinencia. Este tiene por finalidad el drenaje continuo y prolongado de la sepsis perianal al impedir el cierre temprano del orificio externo y la formación de un absceso. Este puede ser retirado luego de un tiempo para esperar el cierre espontáneo de la fístula ya que también, cuando se deja un tiempo prolongado genera una fibrosis que facilita otras técnicas quirúrgicas definitivas. No obstante presentar altas tasas de curación y una recurrencia de alrededor del 10 %.^(8,9,10) Los colgajos de avance también se utilizan principalmente para las fístulas complejas,

transesfinterianas altas o supraesfinterianas. Estos consisten en la creación de un colgajo de tejido nativo sano para cubrir el orificio interno luego de controlar la sepsis con el curetaje del trayecto fistuloso. La vascularización adecuada y la sutura sin tensión son fundamentales para el éxito del procedimiento.^(2,11,12)

El método más moderno para tratar las fístulas complicadas es el tapón para fístula anal, Surgisis® AFP, que se viene usando desde el 2006; este es un xenoinjerto hecho de submucosa de intestino delgado de cerdo liofilizado resistente a las infecciones, que no produce reacción de cuerpo extraño por las células gigantes y es repoblado por células nativas del huésped dentro de las 12 semanas.^(12,13)

Los principales objetivos del tratamiento de las fístulas son lograr la mayor tasa posible de cierre del o los trayectos fistulosos y preservar al máximo la función esfinteriana. Por lo que se puede concluir que la fistulotomía o apertura del trayecto fistulosos, está indicada en fístulas simples que involucren menos de un tercio del esfínter anal y en pacientes con función esfinteriana normal. Estas son causa de incontinencia con mayor frecuencia en mujeres y en pacientes con disfunción esfinteriana y antecedentes de cirugías perianales o fístulas complejas.

Referencias bibliográficas

1. Cerdán, J. Abscesos y fístulas del ano. Hemorroides. Fisura anal. En: Tamames, S., Martínez, C. Cirugía: aparato digestivo. Aparato circulatorio. Aparato respiratorio. Madrid: Editorial Panam.; 2000. p. 229-44 [acceso 20/01/ 2023] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=297479>
2. Sociedad Cubana de Coloproctología. Consenso Nacional de Fistulas Anorectoperianales. Cuba, La Habana: Sociedad Cubana de Coloproctología; 2010. [acceso 20/01/2023] Disponible en: http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2011/05/consenso-nacional-fistulas-anorectoperianales-2011-_1_.pdf

3. Read VA, Salas OR. Manejo de la fístula anorrectal compleja. LIFT, colgajo de avance y otras técnicas. Rev. cir. 2020;72(3):250-6. DOI: [10.35687/s2452-45492020003547](https://doi.org/10.35687/s2452-45492020003547)
- 4 Ratto C, Grossi U, Litta F, Di Tanna GL, Parello A, De Simone V, et al. Contemporary surgical practice in the management of anal fistula: results from an international survey. Tech Coloproctol. 2019;23:729-41 DOI: [10.1007/s10151-019-02051-5](https://doi.org/10.1007/s10151-019-02051-5)
5. Stellingwerf M, Praag E, Tozer P, Bemelman W, Buskens C. Systematic review and meta-analysis of endorectal advancement flap and ligation of the intersphincteric fistula tract for cryptoglandular and Crohn's high perianal fistulas. BJS Open. 2019 [acceso 20/01/2023];3:231-41 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6551488/>
6. Morris JA, Kearney MT. Anorectal Fistula: A Review of Current Management Strategies. Colorectal Disease. 2020 [acceso 20/01/2023];22(3):345-52. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10932196/>
7. Garcia J, Pappas TN. Anorectal Fistulas: Advances in Diagnosis and Treatment. American J Surgery. 2024;227(2):345-50. DOI: [10.3748/wjg.v21.i1.12](https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i1.12)
8. Giamundo P. Laser treatment for anal fistulas: what are the pitfalls? Tech Coloproctol. 2020;24: 663-5 DOI: [10.1007/s10151-020-02225-6](https://doi.org/10.1007/s10151-020-02225-6)
9. Sato TT. Long-term Outcomes of Surgical Treatment for Anorectal Fistulas: A Comprehensive Review. Journal of Surgical Research. 2021;258:187-95. DOI: [10.3393/ac.2021.01.06](https://doi.org/10.3393/ac.2021.01.06)
10. Smith RJ, Pate, H. Innovations in the Management of Anorectal Fistulas: A Systematic Review. D. of Colon Rectum. 2020 [acceso 20/01/2023];65(4):453-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560657/>
11. Lee JH, Kim SH. Comparative Effectiveness of Different Surgical Techniques for Anorectal Fistulas: A Meta-Analysis. Surgical Endoscopy. 2023;37(1):12-20 DOI: [10.1007/s10151-023-02845-8](https://doi.org/10.1007/s10151-023-02845-8)

12. Canelles E, Landete FJ. Tratamiento de fístulas perianales complejas mediante tapón de colágeno piramidal. ¿En la geometría está la solución? Rev. cir. 2022;74(2):197-202. DOI: 10.35687/s2452-454920220021389
13. Borda LA, Chiroque LI, Pinto JO, Manzaneda AJ. Experiencia con el tapón biológico para fístula anal compleja. Rev. gastroenterol. 2011 [acceso 05/09/2024];31(4):345-50. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-512920110000400007&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.