

Cirugía orificial ambulatoria en pacientes con diagnóstico de fístulas anorrectales

Outpatient Orifical Surgery in Patients Diagnosed with Anorectal Fistulas

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

Christian Rafael Bravo Encalada^{2,3} <https://orcid.org/0009-0006-3618-830X>

Andrea Guissella Puentestar Jaramillo⁴ <https://orcid.org/0000-0002-5847-3025>

Tailin Rodríguez Matos¹ <https://orcid.org/0009-0009-3617-0822>

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

¹Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo. La Habana, Cuba.

²Hospital Docente Clínico-Quirúrgico Dr. Salvador Allende. La Habana, Cuba.

³Hospital Clínica San Agustín. Loja, Ecuador.

⁴Instituto Nacional de Gastroenterología. La Habana, Cuba. Hospital Clínica San Agustín. Loja, Ecuador.

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

RESUMEN

Introducción: Las fístulas anorrectales son frecuentes entre la población. Comúnmente esta condición mórbida ocurre tras el drenaje de un absceso perianal y requiere de un seguimiento exhaustivo para su diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: Evaluar resultados de la cirugía orificial ambulatoria en pacientes con diagnóstico de fístula anorrectal.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, observacional tipo serie de casos en el Servicio de Coloproctología del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo, a 27 pacientes con diagnóstico de fístula anorrectal. Se

utilizaron métodos de investigación teóricos, clínico y quirúrgicos. Las variables estudiadas fueron grupos de edad, sexo, factores causales, clasificación de las fístulas, complicaciones y reintervenciones.

Resultados: Predominó el grupo de edades entre 30-39 años (33,3 %) y como sexo más representativo, estuvieron los hombres (59,3 %). Las fístulas diagnosticadas fueron secundarias a un absceso (40,7 %) y clasificadas como simple (63 %). El 52 % de los pacientes presentó alguna complicación posoperatoria, en la que predominó el sangrado (18,1 %). En relación con las reintervenciones se realizaron seis (22,2 %), causadas por el sangrado y la recurrencia.

Conclusiones: Las fístulas anorrectales son un desafío para el cirujano colorrectal y motivo para realizar su correcta clasificación, a fin de poder seleccionar la estrategia quirúrgica más adecuada para el paciente y reducir la incidencia de recurrencias, trayectos secundarios remanentes y efectos secundarios posquirúrgicos, pues su éxito terapéutico se evalúa según dos variables: recidiva e incontinencia anal posoperatoria.

Palabras clave: fístulas anorrectales; cirugía orificial; anestesia local.

ABSTRACT

Introduction: Anorectal fistulas are common in the general population. This morbid condition typically occurs following the drainage of a perianal abscess and requires thorough follow-up for diagnosis and treatment.

Objective: To evaluate the outcomes of outpatient orificial surgery in patients with a diagnosis of anorectal fistula.

Methods: A descriptive, cross-sectional, observational case series study was conducted in the Coloproctology Department of the Comandante Manuel Fajardo Clinical-Surgical University Hospital on 27 patients diagnosed with anorectal fistula. Theoretical, clinical, and surgical research methods were used. The variables studied were age groups, sex, causative factors, fistula classification, complications, and reoperations.

Results: The 30–39 age group was the most common (33.3%), and men were the most represented sex (59.3%). The diagnosed fistulas were secondary to an abscess (40.7%) and classified as simple (63%). Fifty-two percent of the patients experienced

some postoperative complication, with bleeding being the most common (18.1%). Six reoperations (22.2%) were performed, caused by bleeding and recurrence.

Conclusions: Anorectal fistulas pose a challenge for the colorectal surgeon and necessitate accurate classification in order to select the most appropriate surgical strategy for the patient and reduce the incidence of recurrences, residual secondary tracts, and postoperative side effects, as therapeutic success is evaluated based on two variables: recurrence and postoperative anal incontinence.

Keywords: anorectal fistulas; orificial surgery; local anesthesia.

Recibido: 10/04/2026

Aceptado: 30/04/2026

Introducción

Las fístulas anorrectales son una condición mórbida frecuente en la población, que comúnmente ocurren tras el drenaje de un absceso perianal y requieren de un seguimiento exhaustivo para su diagnóstico y tratamiento. El resto de ellas incluye a la enfermedad de Crohn (EC), al trauma, la cirugía previa y la afección tumoral. Habitualmente se originan a partir de una infección criptoglandular (95 %), que deriva en un absceso en el espacio interesfinteriano del canal anal.

Al ser una enfermedad frecuente, su incidencia aproximada es de 1:10 000 personas y de entre tres a cuatro veces más común en los varones.^(1,2)

El consenso nacional cubano clasifica las fístulas anorrectales, de acuerdo con los elementos que la integran o involucran, en:

- Simples (un orificio o granuloma periorificial fistuloso en la región perianal o perineal, un trayecto o cordón fibroso subcutáneo que va desde el orificio hacia la región anorrectal).

- Complejas (uno, dos o más orificios o granulomas periorificiales fistulosos en la región perianal o perineal con los trayectos o cordones fibrosos subcutáneos correspondientes que van a hacia la región anorrectal o convergen en uno).
- Complicadas (un cordón fibroso subcutáneo que va desde orificio primario en conducto anorrectal o recto hacia el otro órgano involucrado como los genitales externos u órganos de la pelvis).

Según la trayectoria que siguen a través de estos espacios y la relación que guardan con respecto a los esfínteres anales, las fístulas anorrectales según la clasificación de Parks,⁽³⁾ y más utilizada en la actualidad, se clasifican en:

- Interesfinteriana
- Transesfinteriana
- Supraesfinteriana
- Extraesfinteriana

La molestia más frecuente de las fístulas anorrectales consiste en la presencia de uno o varios orificios en la periferia de la apertura anal, por los que drena secreción purulenta en forma continua o intermitente, y por los que, rara vez se expulsa gas o materia fecal durante la defecación.

La presencia de secreción o heces irrita la piel y ocasiona escozor y prurito.⁽⁴⁾

El dolor, por lo general, es poco intenso; sin embargo, en los casos en los que hay alguna ramificación sin drenaje libre, la molestia puede ser constante y progresiva; y cuando se ocluyen los orificios secundarios perianales, reaparecen síntomas y signos similares a los del absceso anorrectal.⁽⁴⁾

Su examen físico se caracteriza por la presencia de uno o varios orificios secundarios perianales. Sin embargo, es conveniente realizar una exploración proctológica completa con la finalidad de localizar la cripta primaria que dio origen a la infección; además de que se debe realizar una palpación cuidadosa de la región perianal para identificar el trayecto fistuloso.⁽⁴⁾

El tratamiento de las fístulas anorrectales es quirúrgico y está determinado por su clasificación preoperatoria y por la relación de su trayecto con los esfínteres del ano. Los principales riesgos en su tratamiento son su recurrencia y la incontinencia fecal.^(1,4) De este modo, el objetivo de su tratamiento es lograr la curación del trayecto fistuloso sin alterar la función esfinteriana y evitar su posible recidiva, para lo cual se han desarrollado múltiples técnicas, algunas de las cuales se han realizado de forma combinada.^(1,4)

El abordaje quirúrgico es el pilar del tratamiento, pero el conocimiento de nuevas terapias y enfoques que preservan el esfínter y la imagenología preoperatoria son elementos esenciales para proporcionar a los pacientes múltiples opciones de tratamiento mientras se preserva la integridad del esfínter.⁽²⁾

El tratamiento de las fístulas perianales mediante el “destechamiento” del trayecto fistuloso constituye el método más utilizado en la actualidad.

La controversia entre realizar fistulotomía o fistulectomía persiste, aunque se ha demostrado que el índice de recidivas es similar, pero el tiempo de cicatrización resulta más breve con la fistulotomía, al lesionar menos fibras esfinterianas y ocasiona un menor número de incontinencias.

Sin embargo, la exéresis de una parte del trayecto con fines de enviarlo a estudio histopatológico, puede adquirir importancia especial ante la sospecha de enfermedades inflamatorias como la enfermedad de Crohn.^(1,3)

El objetivo del estudio fue evaluar los resultados de la cirugía orificial ambulatoria en pacientes con diagnóstico de fístula anorrectal.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, observacional, tipo serie de casos en el Servicio de Coloproctología del Hospital Universitario-Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo con 27 pacientes con diagnóstico de fístula anorrectal, intervenidos quirúrgicamente de forma ambulatoria bajo anestesia local infiltrativa, en el periodo comprendido de enero 2024 a diciembre 2025, y que cumplieron con los siguientes:

- Criterios de inclusión:
 - Edad superior a los 19 años
 - Libre voluntad de participar en el estudio

- Criterios de exclusión:
 - Pacientes que se negaron a hacer uso de la anestesia local infiltrativa.
 - Pacientes con afecciones graves o complejas que requieren anestesia prolongada.
 - Pacientes con trastornos psiquiátricos que no cooperaron con el tipo de estudio.
 - Fístulas secundarias a tratamiento con radioterapia.

Previo preparación preoperatoria en su domicilio, la técnica quirúrgica realizada fue la fistulectomía y, tras la intervención, los pacientes fueron dados de alta según el protocolo de atención posoperatorio a la cirugía realizada y a las características del paciente.

Mientras que, para realizar la investigación, las variables estudiadas fueron:

- Grupo de edades
- Sexo
- Factores causales
- Clasificación de las fístulas de acuerdo con los elementos que la integran o involucran
- Complicaciones
- Reintervenciones

La edición del estudio se realizó mediante el uso de herramientas informáticas como una computadora personal con ambiente de Microsoft Windows 7 y del paquete computacional Microsoft Office 2007, el que contó de Microsoft Word 2007 como

procesador de texto, así como la utilización de Microsoft Excel 2007 para el diseño de los cuadros. Para el procesamiento estadístico se utilizaron números absolutos y como medida de resumen se utilizó el porcentaje.

El estudio fue aprobado por los comités de ética y científico de la institución. Durante el estudio se tuvieron en cuenta y fueron respetados los principios establecidos por la Declaración de Helsinki,⁽⁵⁾ por lo que se cumplió en todo momento con los requisitos éticos de valor y validez científica. Los pacientes fueron consecuentemente informados de los procedimientos a emplearse en el estudio mediante un modelo de consentimiento informado en la visita preoperatoria, en la cual se les entregó una hoja informativa para que la firmaran y dieran su consentimiento.

Resultados

En la tabla 1 se relacionan los grupos de edades y el sexo en un total de 27 pacientes operados de fístula anorrectal, entre los que predominó el grupo de edades entre 30-39 años (33,3 %) y como sexo más representativo, estuvieron los hombres (59,3 %).

Tabla 1 - Pacientes operados de fístula anorrectal según grupo de edades y sexo

Grupo de edades	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
20-29 años	1	3,7	4	14,8	5	18,5
30-39 años	4	14,8	5	18,5	9	33,3
40-49 años	4	14,8	3	11,1	7	26
50 años y más	2	7,4	4	14,8	6	22,2
Total	11	40,7	16	59,3	27	100

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 2 se muestran los pacientes operados de fístula anorrectal según los factores causales de las fístulas diagnosticadas, en los que predominaron aquellos que fueron secundarios a un absceso perianal (40,7 %), a una úlcera anal (29,6 %) y a una proctitis por enfermedad de transmisión sexual (22,2 %).

Tabla 2 - Pacientes operados de fístula anorrectal según factores causales

Factores causales	N	%
Absceso perianal	11	40,7
Síndrome de Fournier	1	3,7
Úlcera Anal	8	29,6
Cirugía de Bartolinitis	1	3,7
Proctitis por enfermedad de transmisión sexual	6	22,2

Fuente: Historia clínica.

En la tabla 3 se relacionan los pacientes operados de fístula anorrectal según sexo y clasificación de las fístulas, de acuerdo con los elementos que la integran o involucran, y en los que las fístulas clasificadas como simples ocuparon el 63 % y el 29,6 % como complejas.

En ambas predominó el sexo masculino (55,5 %). En el caso de las dos fístulas complicadas, una correspondió a una fístula anovaginal (fig. 1A) y la otra a una fístula anoescrotal (fig. 1B).

Tabla 3 - Pacientes operados de fístula anorrectal según sexo y clasificación de las fístulas, de acuerdo con los elementos que la integran o involucra

Clasificación según los elementos que la integran o involucra	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Simple	7	26	10	37	17	63
Compleja	3	11,1	5	18,5	8	29,6
Complicada	1	3,7	1	3,7	2	7,4
Total	11	40,7	16	59,3	27	100,0

Fuente: Historia clínica.



Fig. 1 - Cirugía orificial ambulatoria con anestesia local infiltrativa de fístula compleja: A) Anovaginal y B) Anoescrotal.

En la tabla 4 se relacionan los pacientes operados de fístula anorrectal según complicaciones posoperatorias y reintervenciones. El 52 % de los pacientes presentó alguna complicación posoperatoria, en las cuales predominaron el sangrado (18,1 %) y la retención urinaria (14,8 %) relacionada con el bloqueo anestésico.

En relación con las reintervenciones, se realizaron seis (22,2 %), causadas por el sangrado posoperatorio inmediato (11,1 %) y la recurrencia de la fístula (11,1 %) como complicación tardía.

Tabla 4 - Pacientes operados de fístula anorrectal según complicaciones posoperatorias y reintervenciones

Complicaciones posoperatorias	N	%	Reintervenciones	%
Retención urinaria	4	14,8	0	0
Incontinencia temporal	2	7,4	0	0
Sangrado	5	18,1	3	11,1
Recurrencia	3	11,1	3	11,1
Total	14	52	6	22,2

Fuente: Historia clínica.

Discusión

Los resultados del estudio confirman que la fístula anorrectal es una afección con un marcado predominio en la población adulta joven y en el sexo masculino. La mayor incidencia registrada estuvo en el grupo de 30-39 años con predominio de los hombres, lo que guarda una estrecha relación con lo reportado en la literatura internacional contemporánea. Estudios epidemiológicos recientes^(6,7) señalan que su prevalencia es significativamente mayor en varones, debido a una mayor densidad de las glándulas anales y de la actividad hormonal, al situar la edad media de diagnóstico en la cuarta década de la vida.

En cuanto a su etiología, la transición de un absceso perianal a una fístula crónica en el 40,7 % de los casos estudiados es consistente con la teoría criptoglandular de Parks.⁽⁷⁾ Debe destacarse que, en la serie, el porcentaje relevante de fístulas secundarias a proctitis por enfermedades de transmisión sexual (22,2 %) es un hallazgo que refleja cambios en el perfil epidemiológico actual. Autores de algunos estudios^(7,8) subrayan que, aunque la causa criptoglandular es la más común (hasta en un 90 % en algunas series), los factores secundarios como las infecciones específicas y la enfermedad inflamatoria intestinal deben ser descartados de forma sistemática para garantizar el éxito del tratamiento.

La clasificación de las fístulas es el pilar para determinar la factibilidad de la cirugía mayor ambulatoria (CMA). El hecho de que el 63 % de las fístulas fueran clasificadas como simples, permitió una alta tasa de resolución mediante fistulotomía, técnica que continúa siendo el "estándar de oro" por su baja tasa de recurrencia y de preservación esfinteriana en trayectos bajos, como se pudo observar en otras poblaciones.⁽⁹⁾

Sin embargo, el manejo de las fístulas complejas (29,6 %) y complicadas resulta aún el mayor desafío. Estudios^(6,10) recientes en centros de alta complejidad sugieren que la complejidad de la fístula no es una contraindicación absoluta para la cirugía ambulatoria, siempre que la técnica seleccionada (como el LIFT o el uso de sedales) minimice el dolor posoperatorio y el riesgo de sangrado.^(6,10)

Las complicaciones posoperatorias en el estudio alcanzaron el 52 %, una cifra superior

a la reportada en otras series de CMA, en las que estas oscilan entre 15-20 %.⁽⁹⁾

El sangrado (18,1 %) fue la complicación más frecuente y una de las causas principales de reintervención (11,1 %). Esta variabilidad podría estar relacionada con la curva de aprendizaje o la selección de la técnica quirúrgica.

Por otro lado, la retención urinaria (14,8 %) se vinculó directamente con el bloqueo anestésico, y coincide con la literatura que recomienda el uso de anestesia local con sedación o bloqueos selectivos para optimizar el alta temprana y reducir la morbilidad urológica en la cirugía orificial.^(8,11)

Finalmente, la tasa de recurrencia que motivó reintervenciones (11,1 %) se sitúa dentro de rangos aceptables para el tratamiento de fístulas anorrectales, la que globalmente pueden presentar fallos de hasta el 20 % en seguimientos a largo plazo.⁽¹⁰⁾

Estos resultados refuerzan la necesidad de un seguimiento posquirúrgico exhaustivo y una evaluación preoperatoria precisa para identificar trayectos secundarios que, de pasar inadvertidos, comprometen el éxito de la cirugía ambulatoria y permiten concluir que las fístulas anorrectales son un desafío para el cirujano colorrectal y motivo para realizar su correcta clasificación a fin de poder seleccionar la estrategia quirúrgica más adecuada para el paciente y reducir la incidencia de recurrencias, trayectos secundarios remanentes y efectos secundarios posquirúrgicos, pues su éxito terapéutico se evalúa según dos variables: recidiva e incontinencia anal posoperatoria.

Referencias bibliográficas

1. Read A, Salas R. Manejo de la fístula anorrectal compleja. reintervenciones. LIFT, colgajo de avance y otras técnicas. Rev. cir. 2020;72(3):250-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020003547>
2. Jiménez M, Mandava N. Anorectal Fístula. In: Stat Pearls. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2025 [acceso 23/05/2025] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560657/>
3. Sociedad Cubana de Coloproctología. Consenso Nacional de Fístulas 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-anorrectoperianales-2011-1_.pdf
4. Rodríguez U. Abscesos y fístulas anorrectales. Rev Hosp Juárez Mex 2013 [acceso 23/05/2025];80(4):243-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134f.pdf>
5. The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; 2017 [acceso 26/06/2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigacion-es-medicas-en-seres-humanos>
6. González N, Martín M, Pascual I. Cirugía mayor ambulatoria en la fístula perianal asociada a enfermedad de Crohn. Rev Cir. 2025;77(6). DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920250062769>
7. Rodríguez U. Abscesos y fístulas anorrectales. Medigraphic.com; 2013 [acceso 05/04/2026]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134f.pdf>
8. Viquez RKF, Cascante RA, Carvajal MM, Hidalgo SAS, Chávez RJC. Fístula anal: características y tratamiento. Revista cienciaysalud.ac.cr. 2023 [acceso 03/04/2026];7(3). Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/498/751>
9. Merchán EV, Solís IM, Tapia JA, Chinachi OR, Chancay AM, Toro VT. Perfil epidemiológico de pacientes operados de fístula anal. Hospital Carlos Andrade Marín. 2023. Cambios rev méd. 2024 [acceso 03/04/2026];970. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/biblio-1567704>
10. Chadbunchachai W, Lohsiriwat V, Paonariang K. Long-term outcomes after anal fístula surgery: results from two university hospitals in Thailand. Ann Coloproctol. 2022;38(2):133-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.3393/ac.2021.01.06>
11. Shaw D, Ternent CA. Perioperative Management of the Ambulatory Anorectal Surgery Patient. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29(1):7-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1570023>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Yoandra Benítez González.

Curación de datos: Christian Rafael Bravo Encalada y Andrea Guissella Puentestar Jaramillo.

Análisis formal: Yoandra Benítez González y Andrea Guissella Puentestar Jaramillo.

Adquisición de fondos: Geovany Pérez Curbelo y Tailín Rodríguez Matos.

Investigación: Christian Rafael Bravo Encalada.

Metodología: Yoandra Benítez González.

Administración del proyecto: Yoandra Benítez González.

Recursos: Geovany Pérez Curbelo y Tailín Rodríguez Matos.

Software: Christian Rafael Bravo Encalada y Andrea Guissella Puentestar Jaramillo.

Supervisión: Andrea Guissella Puentestar Jaramillo y Geovany Pérez Curbelo.

Validación: Yoandra Benítez González, Tailín Rodríguez Matos y Andrea Guissella Puentestar Jaramillo.

Visualización: Christian Rafael Bravo Encalada y Yoandra Benítez González.

Redacción-borrador original: Yoandra Benítez González y Tailín Rodríguez Matos.

Redacción-revisión y edición: Yoandra Benítez González, Christian Rafael Bravo Encalada y Andrea Guissella Puentestar Jaramillo.