



## 1. CRITERIOS DE CALIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA DE AÑO

### AUTORES:

#### **José Vicente Roig Vila**

Co-director Centro Europeo cirugía colorrectal. Unidad de Coloproctología  
Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia

#### **Juan García Armengol**

Co-director Centro Europeo cirugía colorrectal. Unidad de Coloproctología  
Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia

**Versión:** Octubre 2018

Las fístulas de ano son una patología frecuente y en ocasiones de difícil resolución, pues los objetivos de su tratamiento son los de compatibilizar la curación del proceso con el mantenimiento de la continencia anal, los cuales pueden entrar en conflicto al manejar una patología en la que existen trayectos o cavidades que atraviesan en mayor o menor grado los esfínteres anales.

Dada la gran variedad de escenarios posibles, no existe evidencia científica de alto nivel para su manejo y la experiencia del cirujano sigue siendo fundamental. A continuación se exponen algunos criterios de calidad para el tratamiento de este proceso, tanto en su fase aguda (absceso), como en la crónica (fístula propiamente dicha). Se hará referencia únicamente a las fístulas de origen criptoglandular.

*1. Los abscesos francos y también cuando se sospeche su existencia por signos clínicos locales, deben ser sometidos a drenaje sin demora, aún ante la ausencia de fluctuación.*



- No está indicado el empleo de antibióticos para intentar frenar el proceso y sólo se requieren, asociados al drenaje en caso de pacientes valvulópatas, inmunodeprimidos, diabéticos severos o ante celulitis extensa.
- Se recomienda Ecografía endoanal ante un dolor anal de etiología no clara o sospecha de absceso interesfintérico o pelvirrectal, en cuyo caso puede ser también de utilidad el TAC o la RM pélvica.

*2. La cirugía de los abscesos perianales simples puede efectuarse incluso bajo anestesia local en casos seleccionados.*

La incisión será al menos del tamaño de la cavidad de absceso y lo más cercana al ano posible. Puede abrirse en cruz para mejor drenaje.

- El taponamiento con gasas de la herida produce discomfort y retención de pus y no es aconsejable, especialmente en las curas posteriores, que muchas veces puede realizar el propio paciente con un lavado/irrigación adecuadas o baños de asiento. Una herida amplia y lo más plana posible las facilitará.
- No es recomendable efectuar una fistulotomía o tutorizar un trayecto fistuloso mediante un sedal laxo pues hay riesgo de efectuar falsas vías, con trayectos extraesfintéricos en ocasiones y en todo caso la exploración debe hacerse por cirujanos con experiencia y preferiblemente cateterizando el trayecto de modo retrógrado (desde el orificio interno a la cavidad abscesual). Además, sólo un 30% de pacientes desarrollarán una fístula tras el drenaje simple.

*3. En los abscesos de la fosa isquioanal se descartará una posible extensión en herradura. El drenaje debe de ser amplio.*

- Los abscesos en herradura suelen depender de una colección en el espacio postanal profundo con orificio interno generalmente en la línea media posterior. El drenaje debe ser bilateral, y se asociará al tratamiento del espacio postanal profundo al menos en casos recidivantes o especialmente graves. En ellos, se drenará vía incisión media posterior, seccionando el ligamento anococcígeo y con colocación opcional de un sedal laxo alrededor del complejo esfinteriano y mucosa anal (Procedimiento de Hanley remodificado), dejando opcionalmente una sonda de Pezzer en la cavidad abscesual y drenajes desde cada una de las fosas isquioanales a la cavidad postanal.



- Los abscesos endorrectales (interesfintéricos altos) se tratarán mediante exéresis endorrectal de una pastilla de mucosa y esfínter interno para dejarlos a plano, pudiendo efectuar marsupialización de los bordes, requiriendo para ello retractores anales y anestesia adecuados.

- En los infrecuentes abscesos supraelevadores hay que descartar una fuente pélvica (salpingitis, E. Crohn, diverticulitis, tumor etc). También poco frecuentes son las extensiones supraelevadoras de abscesos isquiorrectales. La vía de drenaje se hará en función de su origen: cuando se trate de una extensión superior de un absceso interesfintérico, se drenarán vía endoanal, nunca desde la fosa isquioanal pues originarían una fístula supraesfintérica. Si por el contrario, derivan de un absceso en la fosa isquioanal, se drenarán a través de ella, ya que hacerlo desde el interior del recto produciría una fístula extraesfintérica. Si finalmente el origen es una sepsis pélvica, el drenaje puede hacerse desde cualquier vía (abdominal, endoanal o isquioanal), y también hay que tener en cuenta en estos casos el drenaje percutáneo con ayuda de métodos de imagen.

*4. La exploración básica en consultas de las fístulas de ano requiere inspección, tacto perianal y rectal, anoscopia/rectoscopia y opcionalmente cateterización suave con estilete o perfusión de agua oxigenada diluida.*

Su objetivo es decidir si la fístula es simple o compleja, siendo supuestamente complejas aquellas con varios orificios externos, lejanas al margen de ano, sin trayecto palpable o con trayecto paralelo al recto, con induraciones sugestivas de un absceso crónico supraelevador al tacto rectal, afectación mayor del 30-50% del esfínter anal externo especialmente en fístulas anteriores en mujeres, factores de riesgo de incontinencia, o incontinencia actual, recidivas fistulosas, sospecha de enfermedad de Crohn etc. Se descartará hidrosadenitis, sinus pilonidal o Bartholinitis.

- Las fístulas se clasificarán según la clasificación de Parks en interesfintéricas, transesfintéricas (altas o bajas), supra y extraesfintéricas. Para una clasificación más fidedigna se requerirá en casos complejos de métodos de imagen, considerándose patrón oro para la clasificación definitiva la exploración en quirófano.

*5. En cuanto a los métodos de imagen, y otras exploraciones complementarias, la ecografía endoanal se indicará en las fístulas supuestamente complejas, tanto para delinear el trayecto fistuloso, como para valorar la existencia de posibles cavidades de absceso y determinar la integridad esfinteriana previa a la cirugía. Se empleará un*



transductor de 7 ó 10 Mhz y 360º, asociado a la inyección de agua oxigenada diluida por el orificio fistuloso si es factible. La Fistulografía tiene poco valor y no debe emplearse.

- La RM pélvica es de utilidad en fístulas multirrecidivadas, extraesfintéricas y en las asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal, para valorar la extensión perianal-perirrectal, o ante la sospecha de abscesos supraelevadores secundarios a patología abdominal.
- La manometría no es necesaria y sólo se utilizará en pacientes incontinentes, con muchos factores de riesgo o Previamente intervenidos para tener valores de referencia. -La información preoperatoria y la discusión con el paciente de los riesgos del tratamiento propuesto para su continencia anal y calidad de vida son fundamentales.

*6. Los pacientes con fístulas simples y cuando la opción es una fistulotomía, no precisan preparación intestinal alguna.*

Ante la sospecha de fístula compleja se preparará el colon (Enema de fosfato o preparación anterógrada), y se administrará profilaxis antibiótica especialmente si se planean procedimientos preservadores del esfínter o empleo de biomateriales.

- Para el abordaje quirúrgico puede emplearse la posición en prono/navaja, con un rodillo –idealmente hinchable- bajo la pelvis, o la de litotomía/ginecológica con buena separación de las piernas, y en ambos casos con tracción mediante esparadrapos que expongan adecuadamente la zona operatoria, especialmente en pacientes con anos profundos, infundibulares.
- Cualquier tipo de anestesia puede ser adecuada, si bien la anestesia local y sedación profunda es suficiente en la mayor parte de casos simples y permite una recuperación y alta más rápida con menos complicaciones potenciales.
- Se requiere disponer de iluminación adecuada (lámparas, cables de luz conectados a las valvas o fotóforo frontal) y material quirúrgico idóneo que incluya valvas tipo Hill-Ferguson de diversos tamaños o espéculos tipo Parks, Pratt o Fansler, un set de estiletes de Lockhart Mummery, y estiletes maleables con ojal para colocación de sedales así como cucharillas o legras de distintos tamaños.



*7. La intervención comenzará con la definición del trayecto fistuloso y el orificio interno mediante palpación, cuidadosa exploración con estilete, instilación de agua oxigenada o anoscopia.*

Caso de comenzar la disección quirúrgica, perder el trayecto y tampoco localizar el orificio fistuloso interno, es prudente no continuar para evitar yatrogenia innecesaria. Probablemente en otra ocasión, el trayecto permeabilizado sea fácilmente reconocible. Lo mismo hay que decir del paciente que acude con un orificio externo cerrado, en el que no se palpa el trayecto ni se localiza el orificio interno, máxime si no disponíamos de información preoperatoria basada en métodos de imagen.

- Las fístulas simples se tratarán mediante fistulotomía, extirpando la porción externa a los esfínteres para dejar una herida lo más plana posible, remitiendo material para biopsia en caso necesario, poniendo a plano el trayecto primario y los secundarios si los hay y legando su fondo. Esta técnica está indicada básicamente en fístulas interesfinterianas y transesfinterianas bajas. Su tasa de recurrencia es muy baja, menor del 5%, y la de incontinencia, generalmente menor (escape a gases o manchado), es baja, pero hay que ser cautos en pacientes con factores de riesgo o diarrea crónica.

La fistulectomía secciona más cantidad de esfínter sin mejorar la tasa de recidivas, siendo más lenta la cicatrización. Una opción en caso de trayectos largos es la marsupialización de los bordes cutáneos al trayecto fistuloso, que reduce considerablemente el período de cicatrización.

*8. En casos de fístulas altas con supuración franca debida a existencia de colecciones abscesuales (muchas veces postanales), estas deben drenarse y legarse adecuadamente, idealmente en un primer tiempo operatorio, colocando un sedal laxo tipo Vessel loop desde la cavidad al orificio fistuloso interno.*

Cuando se reduzca la supuración y/o se haya eliminado la cavidad se decidirá la cirugía definitiva. El sedal apretado o cortante produce molestias importantes y además actúa como una fistulotomía pues necrosa y secciona rápidamente el esfínter. Una opción en casos complejos o pacientes con factores de riesgo es la de ajustar el sedal a la masa esfinteriana sin apretarlo (snug seton), para sección lenta del esfínter, con mucha menor incomodidad y mejor resultado.



*9. El nivel hasta donde pueden cortarse los esfínteres sin provocar incontinencia es difícil de determinar dados los numerosos factores que intervienen en esta función.*

La sección de toda la musculatura incluido puborrectal, causa una incontinencia severa, pero el mantenimiento del asa puborrectal puede garantizar una aceptable continencia a sólidos en pacientes sin factores de riesgo, en ausencia o fracaso de otras opciones. La sección de todo el esfínter anal interno produce escapes mucosos, a gases y ensuciamiento importante. En principio es arriesgado seccionar más del 30-50% de la masa esfinteriana, especialmente en mujeres con trayectos anteriores, y siempre debe hacerse por un cirujano con experiencia.

- Hay que hacer una disección muy cercana al trayecto fistuloso y cuidado especial merecen los nervios pudendos en trayectos profundos que asienten en la fosa isquioanal, pues llegan junto al paquete vascular a la cara postero-lateral del canal anal.

- En las fístulas transesfinterianas altas o supraesfinterianas, una opción adecuada, considerada patrón oro con el que se comparan otras técnicas, es la fistulectomía o legrado del trayecto externo, extirpación del orificio interno destechando el esfínter interno, cerrando el defecto resultante, y asociando el descenso de un colgajo de avance mucoso-submucoso o de espesor total para cubrir dicha reparación. La tasa de curación oscila alrededor del 60-70%. Alternativamente puede emplearse un colgajo cutáneo.

Otra opción reciente es la ligadura del trayecto interesfintérico (LIFT), con algunas variantes técnicas, más adecuada en casos de fístulas anteriores o laterales y una buena opción en mujeres o pacientes con factores de riesgo, con una tasa de curaciones de alrededor del 70%.

- Las fístulas transesfinterianas altas, y fundamentalmente aquellas en pacientes con factores de riesgo e incontinencia previa, y también cuando se hizo colgajo de avance previo y existe fibrosis rectal, pueden tratarse también mediante fistulectomía y reconstrucción esfinteriana simultánea con los mismos condicionamientos de que no exista contaminación franca o trayectos muy supurativos. La reconstrucción se hará en dos planos (mucosa+ esfínter interno) y esfínter externo dejando la herida abierta para drenaje.

- En fístulas altas muy supurativas es adecuado colocar un sedal laxo durante unos meses para disminuir dicha supuración antes de emprender un tratamiento con



intención definitiva. Esto aún es más importante cuando existen cavidades abscesuales asociadas, requiriendo con frecuencia una primera cirugía de drenaje-curetaje de los abscesos, eliminación de trayectos secundarios y tutorización del trayecto primario.

*10. Las fístulas complejas pueden tratarse con legrado e inyección de pegamento de fibrina u otros biomateriales para que actúen de matriz o base para la cicatrización, asumiendo una tasa baja de curación (14-40%) pero sin riesgo de incontinencia. Los trayectos fistulosos largos y la repetición del tratamiento ante una recurrencia, se asocian a mejores resultados.*

- Los tapones (plug), de diferentes formas y composición, obtienen tasas similares de éxitos a los pegamentos biológicos. Ambos materiales pueden emplearse en casos complejos, con riesgo de incontinencia, o por cirujanos con menor experiencia en procedimientos preservadores del esfínter.
- La terapia con células madre tiene posiblemente un futuro muy prometedor, pero de momento la evidencia no es de tanto nivel como para indicar este tratamiento en casos de fístula criptoglandular.
- De momento tampoco existe evidencia importante en el tratamiento con fibra Láser para obliterar el trayecto y de momento no se puede recomendar claramente su empleo. Lo mismo cabe decir del empleo de clips para obliterar el orificio fistuloso interno, que además presentan problemas de migración y dolor frecuente, o de tratamiento asistido por una video cámara (VAAFT).
- En las fístulas extraesfinterianas, puede seguirse el trayecto hasta llegar al recto y extirparlo en bloque, suturando el recto (core out). Esta técnica, de disección pegada al trayecto es también de utilidad cuando no se localiza el orificio interno, pues la disección nos puede conducir a él. En casos especiales puede ser preciso un abordaje posterior al recto tipo York-Mason o Kraske.
- La colostomía derivativa no es necesaria salvo en casos muy puntuales de fístulas extraesfinterianas recidivadas.