



Fístula perianal: un reto terapéutico

EDELBERTO MULETT VÁSQUEZ*, MAURICIO OSORIO CHICA**

Resumen

La fístula perianal es una entidad de frecuente consulta diaria la cual se representa con múltiples variantes clínicas y anatómicas y con complicaciones marcadas debido a tratamiento inadecuado. La incontinencia fecal es la complicación más temida; se han desarrollado muchas técnicas quirúrgicas para su manejo; se han desarrollado incluso adhesivos tisulares con el fin de evitar procedimientos invasivos en la región perianal. Se intenta dar una visión amplia de esta patología y de su tratamiento.

Introducción

La fístula perianal es una entidad clínica que cuando no se tiene un conocimiento perfecto de la anatomía de la zona perianal, puede convertirse en una patología de difícil tratamiento, no sólo por la dificultad en la escogencia de la conducta apropiada, sino por las molestas consecuencias que pueda traer para el paciente, hechos que se relatan desde 1603 por W. Shakespeare¹. El objeto de esta revisión es repasar las principales opciones diagnósticas y terapéuticas en el manejo de la enfermedad.

Anatomía

Las principales estructuras relacionadas con la fisiopatología de la enfermedad son las glándulas anales y el aparato esfinteriano, compuesto por los esfínteres interno y externo y el elevador del ano. Las fístulas se clasifican según la relación de su trayecto con los esfínteres y el elevador del ano (figura 1).

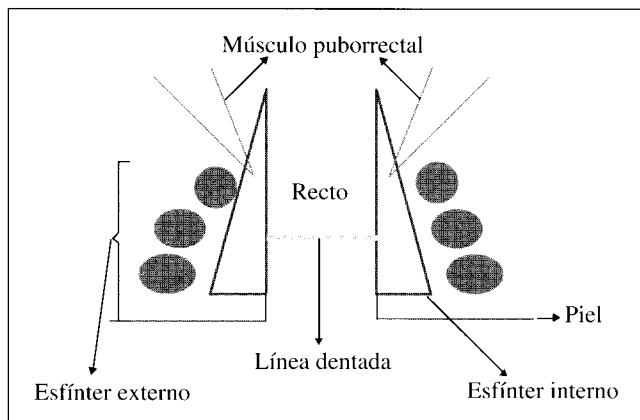


FIGURA 1: anatomía normal.

Las glándulas anales están conectadas con las criptas situadas a nivel de la línea dentada; los conductos de estas glándulas entran a la submucosa siguiendo un trayecto hacia fuera y hacia abajo; dos tercios de estas glándulas entran al esfínter interno y la mitad termina en el espacio interesfintérico. La obstrucción de estos conductos, por la acumulación de material extraño en las criptas, puede causar los abscesos y las fístulas anales². El orificio de la glándula donde se inicia el proceso se denomina orificio primario, y el sitio por donde se drena el absceso se denomina orificio secundario.

* Profesor de Cirugía de colon y recto, Facultad de Ciencias para la Salud; Universidad de Caldas, Manizales.

** Profesor de Cirugía de colon y recto, Facultad de Ciencias para la Salud; Universidad de Caldas, Manizales.

El esfínter interno es un engrosamiento de la capa muscular del recto, por lo tanto, músculo liso involuntario. Contribuye con el 85% del tono de reposo del canal anal³.

El esfínter externo, músculo estriado de carácter voluntario, está situado por fuera del esfínter interno y lo rodea completamente. Se divide en compartimentos superficial y profundo; se continúa proximalmente con el músculo puborrectal y es el responsable de la presión de esfuerzo (contracción) del canal anal³.

El elevador del ano es un complejo muscular constituido por los músculos puborrectal, pubococcígeo e isquiococcígeo. Su principal función, realizada principalmente por el puborrectal, es formar el ángulo anorrectal, que contribuye con el mantenimiento de la continencia, especialmente para sólidos. Los tres músculos conforman el diafragma pélvico posterior³.

Clasificación

La clasificación que tradicionalmente se ha utilizado es la de Parks, donde las fístulas se clasifican según la relación del trayecto con los esfínteres o con el elevador del ano.

Estas se clasifican en⁴:

1. **Interesfintérica:** el trayecto discurre por el espacio interesfintérico, situado entre ambos esfínteres. Constituyen el 45% al 56% del total de las fístulas anales (figura 2).

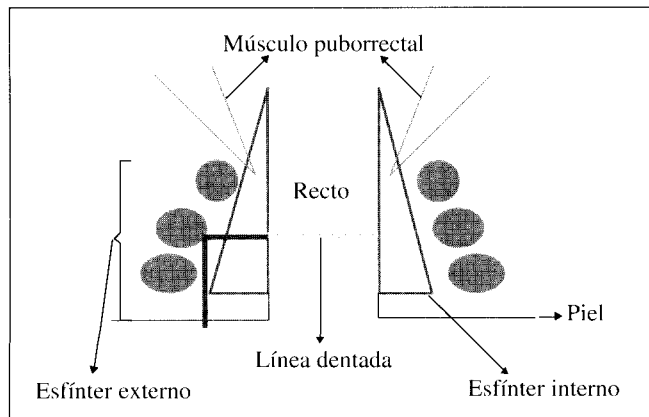


FIGURA 2: *fístula interesfintérica*.

2. **Trasesfintérica:** el trayecto discurre a través de ambos esfínteres. Constituyen entre el 20 y el 30% del total de las fístulas anales. Este tipo de fístula se puede clasificar como trasesfintérica alta o baja, según el compromiso del esfínter externo. Existen otras variantes, según existan otros trayectos o sacos (figura 3).

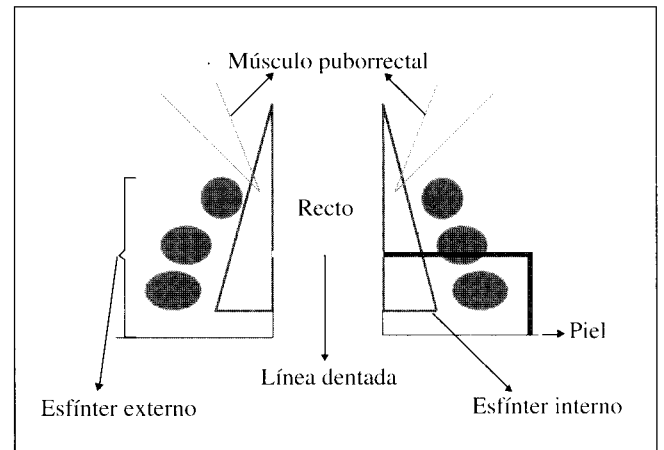


FIGURA 3: *fístula trasesfintérica*.

3. **Supraesfintérica:** el trayecto discurre por encima del puborrectal. Constituyen el 3,3% de las fístulas anales (figura 4).

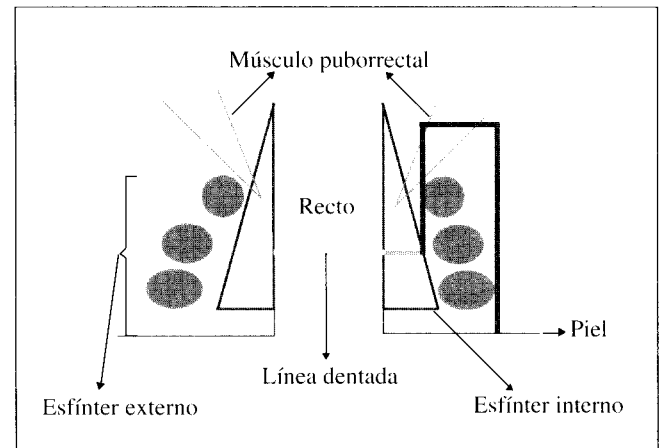


FIGURA 4: *fístula supraesfintérica*.

4. **Extraesfintérica:** el trayecto discurre desde el recto, por encima de los elevadores. Constituyen el 3% de las fístulas anales (figura 5).

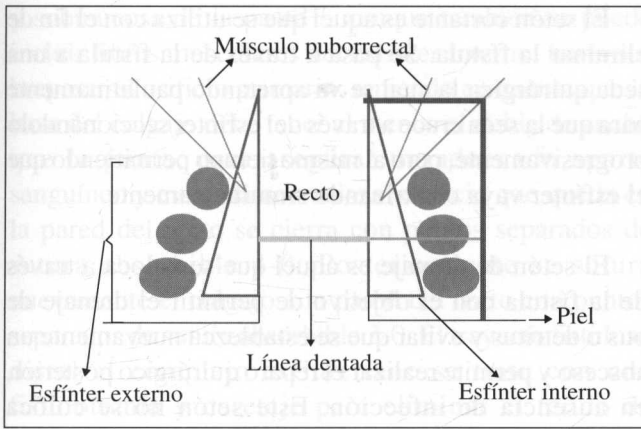


FIGURA 5: fístula supraesfintérica.

Las fístulas también se pueden clasificar en simples o complejas, según su relación con los esfínteres, principalmente respecto a la cantidad de tejido esfinteriano comprometido^{5,6}.

Diagnóstico

El diagnóstico de las fístulas perianales es principalmente clínico. La sintomatología está dada por estados de supuración crónica, que en ocasiones se pueden acompañar de episodios intercurrentes de dolor perianal consecuentes a nuevas acumulaciones de pus en el trayecto. La clasificación de la fístula en el consultorio, siguiendo el trayecto con un estilete, es un procedimiento incómodo y doloroso para el paciente; además, en ese momento no va a ayudar a definir una estrategia terapéutica definitiva.

Una ayuda clínica para hacer una aproximación a la complejidad de la fístula es la Ley de Goodsall, la cual dice que si se traza una línea horizontal por la mitad del orificio anal, todos los orificios secundarios (son los que se sitúan a nivel de la piel) que se encuentren anterior a ésta, seguirán un trayecto rectilíneo hacia la glándula comprometida en la línea dentada, pero los orificios secundarios que se encuentren posterior a ésta, seguirán un trayecto curvilíneo hacia la línea media posterior⁸ (figura 6).

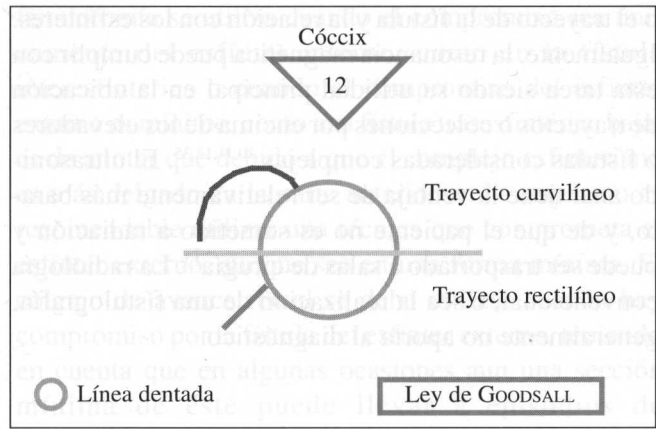


FIGURA 6

Igualmente al examinar al paciente, se debe buscar el trayecto de la fístula, que se palpa como un cordón fibroso; si se logra identificarlo al tocar la piel, se puede presuponer que es una fístula baja, es decir, que el compromiso del esfínter externo es distal; en este mismo orden de ideas, cuando el orificio secundario está localizado a más de 2 cm del borde anal, se puede presuponer que es una fístula compleja.

Aun considerando estos conceptos, el diagnóstico final del tipo de fístula se hace en la sala de cirugía, donde al seguir el trayecto con el estilete, se puede definir la verdadera relación de la fístula con el aparato esfinteriano. Para ayudar a localizar el orificio primario (que es el que se sitúa internamente a nivel de la línea dentada) cuando se dificulta en cirugía, se puede utilizar agua oxigenada⁹, instilándola con una sonda de Nelaton delgada o un Intracath® a través del orificio secundario; ésta saldrá por el orificio primario indicando la localización de éste. No utilizamos el azul de metileno, pues al salir al recto teñirá el campo de azul, lo que puede dificultar en un momento dado la identificación de las estructuras anatómicas; sin embargo, es utilizado en algunos casos.

Las ayudas diagnósticas se han utilizado en algunas ocasiones cuando no se ha podido definir con claridad la anatomía de la fístula. La principal indicación de éstos es la persistencia de la enfermedad después de haber realizado un procedimiento quirúrgico técnicamente satisfactorio. Se utilizan principalmente el ultrasonido endorrectal, el cual puede definir la presencia de sacos

o el trayecto de la fístula y la relación con los esfínteres. Igualmente, la resonancia magnética puede cumplir con esta tarea siendo su utilidad principal en la ubicación de trayectos o colecciones por encima de los elevadores o fístulas consideradas complejas^{10,11,12,35}. El ultrasonido anal tiene la ventaja de ser relativamente más barato, y de que el paciente no es sometido a radiación y puede ser transportado a salas de cirugía¹³. La radiología convencional, o sea la realización de una fístulografía, generalmente no aporta al diagnóstico.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento quirúrgico de la fístula anal es la erradicación del proceso supurativo sin comprometer la continencia anal¹⁴.

Se han desarrollado diferentes técnicas tratando de cumplir el anterior postulado. La tendencia es realizar procedimientos evitando en lo posible el daño del aparato esfinteriano y la consecuencia más grave, la incontinencia fecal. Las diferentes técnicas son la fistulotomía, la colocación del setón y el colgajo trasanal de avance. Respecto a técnicas no quirúrgicas se ha utilizado el adhesivo tisular de fibrina o pegante de fibrina.

La fistulotomía implica la apertura y curetaje del trayecto fistuloso para eliminar el tejido de granulación y facilitar su cicatrización. Se pueden marsupializar los bordes con un material absorbible en corto tiempo y acelerar así el proceso de cicatrización¹⁵. Como se abre el trayecto fistuloso, se debe estar seguro de la relación del trayecto con los esfínteres, principalmente el externo, para sí evitar el daño funcional.

La fistulectomía implica la resección completa del trayecto fistuloso. Cumple la misma función que la anterior técnica, pero con el inconveniente de dejar heridas de mayor tamaño que harán más larga la cicatrización. Se debe tener en cuenta también la relación exacta del trayecto fistuloso con los esfínteres, principalmente el externo, para evitar daños en función.

El setón (derivada del latín seta, que significa seda¹⁶) se clasifica en diferentes tipos, según el objetivo que se busque¹⁷: setón cortante, setón guía o setón de drenaje.

El setón cortante es aquel que se utiliza con el fin de eliminar la fístula. Se pasa a través de la fístula a una seda quirúrgica la cual se va apretando paulatinamente para que la seda cruce a través del esfínter seccionándolo progresivamente, pero al mismo tiempo permitiendo que el esfínter vaya cicatrizando simultáneamente.

El setón de drenaje es aquel que se coloca a través de la fístula con el objetivo de permitir el drenaje de pus o detritus y evitar que se establezca nuevamente un absceso y permite realizar el reparo quirúrgico posterior, en ausencia de infección. Este setón no se coloca apretado, como el anterior.

El setón guía es aquel que se coloca de igual forma que el anterior, con el objetivo de tener el trayecto fistuloso permeable mientras el paciente es llevado a un procedimiento definitivo; se utiliza principalmente en aquellos pacientes con cuadros de abscesos perianales de repetición en los cuales no queda como secuela el trayecto fistuloso.

Teniendo como objetivo del tratamiento la erradicación del proceso supurativo, sin comprometer la continencia anal, agregando por supuesto, el evitar la recurrencia de la fístula, se procede con la evaluación de estos aspectos en la utilización del setón terapéutico o cortante. La principal causa de recurrencia de las fístulas perianales es la falla en la identificación del verdadero orificio primario de la fístula. Se hace la anotación de verdadero, pues una exploración inadecuada puede causar falsos trayectos, creando un falso orificio primario. Partiendo de la base de la identificación adecuada del orificio primario al colocar el setón e irlo anudando más, siguiendo el trayecto de la fístula, éste será eliminado; por lo tanto las tasas de recurrencia de las fístulas anales tratadas con esta técnica son entre 3 y 8,5%^{16,18-20}, siendo los reportes más altos en los estudios más recientes. Esta variación entre artículos de hace algunos años y otros más actuales refleja la categorización de la incontinencia con las diferentes tablas de medición²¹, cuando se tiene en cuenta la incontinencia para gases, líquidos y sólidos, la calidad de vida y no únicamente incontinencia mayor (sólidos) o menor (líquido y gas).

El colgajo trasanal de avance es una técnica quirúrgica que consiste en levantar un colgajo de mucosa

y submucosa de la pared²², aunque también se puede incluir fibras musculares del esfínter interno, hasta sobrepasar el orificio primario, teniendo en cuenta que la base del colgajo debe tener al menos el doble de ancho que la punta, para asegurar un adecuado aporte sanguíneo y evitar la necrosis; el orificio que queda en la pared del recto se cierra con puntos separados de sutura absorbible 4-0. Posteriormente se sutura nuevamente el colgajo a la pared del recto con puntos separados de sutura absorbible 3-0. El trayecto fistuloso distal al complejo esfinteriano se trata con una fistulotomía y curetaje para eliminar el tejido de granulación. Los bordes del trayecto pueden ser marsupializados lo que acelera el tiempo de cicatrización¹⁵. Tradicionalmente se ha utilizado la “colostomía médica”, es decir, el manejo por unos tres días con líquidos claros y loperamida, para retardar la evacuación intestinal; sin embargo, también se ha reportado que este tipo de manejo no tiene incidencia en el resultado final de los diferentes tipos de cirugía anorrectal reconstructiva²³. En la evaluación de los resultados con respecto al índice de curación de la fístula, éste es menor cuando se compara con la utilización del setón, variando entre 68,4% y 80,9%^{24,25,26}; la mayor ventaja de esta técnica es que no hay variación respecto al grado de continencia que se tenía en el preoperatorio, es decir, no se espera ninguna alteración de ésta, pues el esfínter externo básicamente permanece si tocarse durante el procedimiento^{27,28}.

Para la escogencia del tratamiento quirúrgico adecuado con el fin de lograr el objetivo inicial propuesto, se insiste en que es necesario tener un conocimiento apropiado de una anatomía esfinteriana y de los espacios perianales para elegir éste. La

fistulotomía se utiliza cuando el compromiso sea únicamente del esfínter interno, como en la fístula interesfintérica o cuando el compromiso del esfínter externo es mínimo, como una fístula trasesfintérica baja; es de anotar que debido a que el complejo esfinteriano es más delgado en la parte anterior en la mujer, no es recomendable utilizar una técnica que comprometa el esfínter externo, aunque sea en una forma mínima. El colgajo de avance rectal se debe utilizar cuando hay compromiso por la fístula del esfínter externo, teniendo en cuenta que en algunas ocasiones aun una sección mínima de éste puede llevar a episodios de incontinencia, que así sean aislados, pueden causar bastante incomodidad.

Se ha desarrollado una técnica alternativa, que consiste en la construcción de un colgajo de avance cutáneo, que persigue los mismos objetivos del anterior, con aparentes buenos resultados^{29,30}.

Con relación a la utilización del pegante o adhesivo de fibrina se han informado resultados variables, pero se constituye en una posibilidad para el tratamiento de fístulas recurrentes o fístulas de difícil manejo quirúrgico³¹⁻³⁴.

Conclusión

Es necesario tener en cuenta que el cuadro clínico inicial de una fístula perianal puede estar asociado todavía a un proceso supurativo activo, llámese celulitis o infección necrotizante de tejidos blandos y por lo tanto el manejo se enfoca a controlar el proceso infeccioso e incluso algunos aceptan hacer una colostomía derivativa³⁶.

Abstract

Perianal fistulae is an entity of common occurrence in daily clinical practice. Perianal fistulae exhibit multiple clinical and anatomic variants and is associated with complications that commonly result from inadequate management. Fecal incontinence is the most feared complication. Many surgical techniques have been proposed, including tissue adhesives. We hereby discuss the clinical perspective and current treatment of perianal fistulae.

Referencias

1. COSMAN BC: All's well that ends well. Shakespeare's treatment of anal fistula. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 914-024.
2. JORGE JMN, WEXNER SD: surgical anatomy of the colon, rectum and anus Part I. *Cont Surg* 1996; 48: 71

3. PEMBERTON JH: Anatomy and physiology of the anus rectum. In BECK DE, WEXNER SD (eds): Fundamentals of anorectal surgery. McGraw-Hill, Inc. New York, 1992, págs. 1-24.
4. FAXIO VW: Complex anal fistulae. Gastroenterol Clin North Am 1987; 16: 93-113.
5. McLEOD RS: Management of fistula in ano: 19901; Roussell Lecture. Can J Surg 1991; 34: 581-585.
6. PEMBERTON JH: Fistula in ano. In KEIGHLEY MRB, PEMBERTON JH, FAXIO VW, et al (eds): Atlas of colarectal surgery. Churchill Livingstone. New York, 1996: págs. 11-118.
7. KUIPERS HC: Fistulography, anal endosonography, or MRI? Sem Colon & Rectal Surgery 1998; 9: 163-167.
8. CORMAN ML: Anorectal abscess and anal fistula. N Colon & Rectal Surgery, Third edition. JB Lippincot Company, Philadelphia. 1993: págs. 133-187.
9. KESTEMBERG A, DUARTE CE: Diagnóstico y tratamiento del absceso-fistula anal. Colombia Med 1991; 22: 51-55.
10. ZBAR AP, DE SOUZA NM, PUNI R, et al: Comparison of endoanal magnetic resonance imaging with surgical findings in perirectal sepsis. Br J Surg 1998; 85: 111-114.
11. BECKINGHAM IJ, SPENCER JA, WARD J, et al: Prospective evaluation of dynamic contrast enhanced magnetic resonance imaging in the evaluation of fistula in ano. Br J Surg 1996; 83: 1396-1398.
12. MADSEN SM, MYSCHEZKY PS, HELDMANN U, et al: Fistula in ano: evaluation with low-field magnetic resonance imaging (0,1T). Scand J Gastroenterol 1999; 34: 1253-6.
13. GRAHAM WILLIAMS J: Anal ultrasonography in the diagnosis and management of abscess and fistula disease of the anorectum. Sem Colon & Rectal Surgery 1995; 6: 105-113.
14. GARCÍA-AGUILAR J, BELMONTE C, WONG WD, et al: Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum 1996; 39: 723-729.
15. HO YH, TAN M, LEONG AFPK, et al: Marsupialization of fistulotomy wounds improves healing: a randomized controlled trial. Br J Surg 1998; 85: 105-107.
16. PEARI RK, ANDREWS JR, ORSAY CP, et al: Role of the seton in the management of anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 1993; 36: 573-579.
17. WILLIAM JG, MAC LEOD CA, ROTHENBERG DA, et al: Seton treatment of high anal fistulae. Br J Surg 1991; 78: 1159-1161.
18. VAN TETS WF, KUIPERS JHC: Seton treatment of perianal fistula with high anal or tectal opening. Br J Surg 1995; 82: 895-897.
19. HAMALAINEN KJ, SAINIO AP: Cutting seton for anal fistulas. High risk of minor control defects. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1443-1447.
20. GARCÍA-AGUILAR J, BELMONTE C, WONG WD, et al: Cutting seton versus two-stage seton fistulotomy in the surgical management of high anal fistula. Br J Surg 1998; 85: 243-245.
21. SHELTON AA, MADOFF RD: Defining anal incontinence: establishing a uniform continence scale. Sem Colon & Rectal Surgery 1997; 8: 54-60.
22. GORDON PH: Anorectal abscesses and fistula in ano. In GORDON PH, NIVATVONGS S, (eds): Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus. QMP. St Louis 1992, págs. 221-265.
23. NESSIM A, WEXNER SD, AGACHAN F, et al: Is bowel confinement necessary after anorectal reconstructive surgery? A prospective, randomized, surgeon-blinded trial. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1443-1447.
24. JONES IT, FAZIO VW, JAGELMAN DG: The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. Dis Colon Rectum 1987; 30: 919-923.
25. OZUNER G, HULL TL, CARTMILL J, et al: Long-term analysis of the use of the use of transanal rectal advancement flaps for complicated anorectal/vaginal fistulas. Dis Colon Rectum 1996; 39: 10-14.
26. MILLER GV, FINAN PJ: Flap advancement and core fistulectomy for complex rectal fistula. Br J Surg 1998; 85: 108-110.
27. KREIS ME, JEHLER EC, OHLEMANN M, et al: Functional results after transanal rectal advancement flap repair of transphincteric fistula. Br J Surg 1998; 85: 240-242.
28. SCHOUTEN WR, ZIMMERMAN DD, BRIEL JW: Transanal advancement flap repair for transsphincteric fistulas. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1419-22.
29. JUN SH, CHOI GS: Anocutaneous advancement flap closure of high anal fistulas. Br J Surg 1999; 86: 490-492.
30. ROBERTSON WG, MANGIONE JS: Cutaneous advancement flap closure: alternative method for treatment of complicated anal fistulas. Dis Colon Rectum 1998; 41: 884-6.
31. AITOLA P, HILTUNEN KM, MATIKAINEN M: FIBRIN glue in perianal fistulas-a pilot study. Ann Chir Gynaecol 1999; 88: 136-8.
32. PARK JJ, CINTRON JR, SIEDENTP KH, et al: Technical manual for manufacturing autologous fibrin tissue adhesive. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1338-1344.
33. VENKATESH KS, RAMANUJAN P: Fibrin glue application in the treatment of recurrent anorectal fistulas. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1136-1139.
34. CINTRON JR, PARK JJ, ORSAY CP, et al: repair of fistulas in ano using fibrin adhesive. Long term follow-up. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1136-1139.
35. HOLZER B, ROSEN HR, URBAN M, et al: Magnetic resonance imaging of perianal fistulas: predictive value for Parks classification and identification of the internal opening. Colorectal Disease 2000; 2: 340-345.
36. RE H, GUALA AA, FRANCIA HJ, et al: Infecciones necrotizantes de partes blandas. Rev Argent Cirugía 1990; 59: 118-122.

Correspondencia:
 EDELBERTO MULETT V.
 Correo electrónico: emulettv@epm.net.co
 Manizales, Colombia.