

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Resumen de evidencias y recomendaciones

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la FÍSTULA ANAL en el adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro SSA – 200 - 09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que no asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles del momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fístula anal en el adulto; México: Secretaría de Salud; 2008.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:
www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

K60 Fisura y fístula de las regiones anal y rectal
 K604 Fístula rectal
 K605 Fístula anorrectal

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fístula anal en el adulto.

Coordinador:			
Dr. Luís Charúa Guindic	Coloproctología	Hospital General de México, SSA	Jefe de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Autores:			
Dr. Luís Charúa Guindic	Coloproctología	Hospital General de México, SSA	Jefe de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Dra. Juan Antonio Villanueva Herrero	Coloproctología		Adscrito a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Dr. Billy Jiménez Bobadilla	Coloproctología	Hospital General de México,	Adscrito a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Dra. Teresita Navarrete Cruces	Coloproctología		Adscrita a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología.
Dr. Eric Romero Arredondo	Cirugía General/Coloproctología	Hospital Ángeles Metropolitano	Médico Adscrito
Asesor:			
Dr. Esteban Hernández Sanromán	Cirugía General	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
Validación Interna:			
Dr. Octavio Avendaño Espinosa	Coloproctología	Hospital General de México. SSA	Consultor Técnico
Validación Externa:			
Dr. José María Correa Roveló	Cirujano de colon y recto	ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA	
Dr. Luis Charúa Guindic	Cirujano general y coloproctólogo		
Dr. César Decanini Terán	Cirugía General. Coloproctología		

ÍNDICE

1. Clasificación	2
2. Preguntas a responder por esta guía	2
3. Aspectos generales	2
3.1 Justificación	2
3.2 Objetivo de esta guía.....	2
3.3 Definición.....	2
4. Evidencias y recomendaciones	2
4.1 Prevención	2
4.1.1 Factores de riesgo.....	2
4.2 Historia clínica	2
4.3 Exploración física.....	2
4.4 Estudios de gabinete	2
4.5 Tratamiento quirúrgico	2
4.5.1 Tratamiento de las fístulas anales simples	2
4.5.2 Tratamiento quirúrgico de las fístulas anales complejas	2
4.5.3 Tratamiento quirúrgico de las fístulas anales secundarias a la enfermedad de Crohn.....	2
4.5.4 Tratamiento de fístulas por otras condiciones.....	2
4.6 Manejo perioperatorio.....	2
4.7 Criterios de referencia a tercer nivel de atención	2
5. Anexos.....	2
5.1 Clasificación de las fístulas anales	2
5.2 Regla de Goodsall.....	2
6. Bibliografía	2
6. Agradecimientos.....	2
7. Comité académico	2
8. Directorio	2
9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.....	2

I. CLASIFICACIÓN

Registro	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Cirujano general Cirujano coloproctólogo
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	K60 Fisura y fístula de las regiones anal y rectal, K604 fístula rectal, K605 fístula anorrectal
CATEGORÍA DE GPC	Segundo y tercer nivel de atención Evaluación Educación para la salud Diagnóstico
USUARIOS POTENCIALES	Enfermeras generales Personal médico en formación Enfermeras especializadas Médicos generales Cirujanos generales Personal de salud en servicio social Médicos de servicio de urgencias Cirujanos coloproctólogos Planificadores de servicios de salud Médicos familiares
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres mayores de 18 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital General de México SSA
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Consejería y educación para el paciente Consejería y educación para el médico de contacto primario, medicina familiar, cirugía general y cirugía colorrectal. Historia clínica completa (interrogatorio y exploración física) Estudios de laboratorio. Gabinete como ultrasonido endoanal, resonancia magnética pélvica, tomografía axial computada pélvica, en casos muy seleccionados.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Informar sobre los factores de riesgo para desarrollar una fístula anal Incremento en la tasa de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la fístula anal en el adulto Implementar tratamiento quirúrgico adecuado Referencia oportuna
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 36 Guías seleccionadas: cuatro del periodo 2003-2007 ó actualizaciones realizadas en este periodo Revisiones sistemáticas: una Ensayos controlados aleatorizados: cero Reporte de casos: dos Validación del protocolo de búsqueda por el Lic. Alejandro Martínez Ochoa Adopción de guías de práctica clínica internacionales: cuatro Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Hospital General de México SSA Validación externa : Academia Mexicana de Cirugía
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i> _____

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

- 1) ¿Qué factores condicionan una fístula anal?
- 2) ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de una fístula anal?
- 3) ¿Cuáles son los signos de una fístula anal?
- 4) ¿Cómo se clasifican las fístulas anales?
- 5) ¿Qué otras entidades clínicas pueden formar fístulas en la región anal?
- 6) ¿Qué estudios de gabinete se requieren para estudiar adecuadamente a las fístulas anales?
- 7) ¿Cómo se compara en el estudio de la fístula anal el ultrasonido endoanal a la resonancia magnética?
- 8) ¿Cómo se trata quirúrgicamente la fístula simple?
- 9) ¿Cómo se trata quirúrgicamente la fístula compleja?
- 10) ¿Cómo se trata la fístula secundaria a la enfermedad de Crohn?
- 11) ¿Cuáles son los criterios de referencia de la fístula de la región anal en el adulto?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

La fístula es una de las patologías más frecuentemente observadas en la región anal. Es un proceso crónico lo cual impacta el bienestar de los pacientes. Los síntomas están ocasionados por el drenaje purulento o por el dolor cíclico asociado a la acumulación de material dentro del trayecto fistuloso, seguido por la descompresión intermitente espontánea. La fístula anal es parte de la historia natural de los abscesos perianales en aproximadamente el 50% y son el resultado de sepsis persistente y/o un trayecto fistuloso epitelizado.

La infección de las glándulas anales es la causa en más del 95% de los pacientes portadores de un absceso anal. Al drenarse el absceso existe la posibilidad de la formar una fístula, que se denomina inespecífica, a diferencia de las específicas; que tienen una etiología diferente como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, carcinoma rectal, carcinoma anal, actinomicosis, entre otras. Esta teoría "criptoglandular" sustenta que una de las aproximadamente 10 a 15 glándulas anales se obstruye con materia fecal, cuerpos extraños o trauma y resulta en estasis de la secreción e infección de la glándula. Una glándula crónicamente infectada frecuentemente desarrolla epitelización de su tracto, si se deja sin tratamiento.

La categorización de las fístulas anales depende de su localización relativa a los músculos del esfínter anal (ver figura 1). De acuerdo a la clasificación de Parks son: Interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas o extraesfintéricas. El término "fístula compleja" es una modificación de esta clasificación y refiere a las fístulas cuyo tratamiento posee un riesgo mayor de causar incontinencia.

Una fístula puede ser llamada compleja cuando su trayecto transcurre por más del 30 al 50% del esfínter externo (transesfintérica alta, supraesfintérica o extraesfintérica), es de localización anterior en mujeres, tiene múltiples trayectos, es recurrente, el paciente ya posee un grado de incontinencia, se instala en un campo radiado o existe enfermedad de Crohn.

El motivo de clasificar a las fístulas es con el fin de que el cirujano cuente con una guía para elegir la técnica quirúrgica que debe realizar en cada caso. La mayoría de las fístulas son interesfintéricas o transesfintéricas bajas, que suelen ser relativamente fáciles de tratar; sin embargo, el cirujano puede enfrentarse a casos complejos que requieren amplios conocimientos anatómicos, fisiológicos y quirúrgicos, y así, evitar complicaciones como son la recurrencia o la incontinencia fecal.

Los objetivos fundamentales del tratamiento de la fístula anal son curarla, preservar la función de continencia anal, minimizar los defectos de cicatrización y ofrecer al paciente una recuperación rápida. Para realizar un tratamiento correcto, la etiología debe ser perfectamente definida. Generalmente se trata de una infección criptoglandular, sin embargo puede estar relacionada a la enfermedad de Crohn, a trauma, a radioterapia o a malignidad.

Varias técnicas han sido desarrolladas para el manejo quirúrgico de la fístula anal; entre ellas tenemos la fistulotomía, fistulectomía con o sin reparación de esfínteres, sedal, colocación de setón de corte o de drenaje, avance de colgajo de mucosa rectal y la aplicación de fibrina, tapón de colágeno biodegradable, entre otras. Uno debe siempre tener en mente el intercambio entre la

magnitud de la sección quirúrgica del esfínter, el período de cicatrización postoperatoria y el detrimento de la función. La cicatrización puede ser adversamente afectada por la presencia de enfermedad de Crohn o radioterapia previa; el estado funcional postoperatorio puede ser adversamente afectado por incontinencia preexistente, una lesión mecánica preoperatoria del esfínter, la cantidad del esfínter seccionado, la presencia de una fístula anterior en las mujeres, la consistencia de la materia fecal y la tolerancia del paciente a potenciales imperfecciones de su continencia.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica “**Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fístula anal en el adulto**”, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del programa de acción específico de guías de práctica clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificación de las características clínicas de la fístula anal en el adulto.
- Implementar un tratamiento quirúrgico adecuado.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La fístula anal es una enfermedad que ha sido descrita desde principios de la historia médica y se define como un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto. El orificio localizado en la cripta anal se denomina primario o interno, y el cutáneo, secundario o externo.

La fístula simple es aquella con un trayecto único entre el orificio primario y el secundario. La fístula anal compleja no ha sido bien definida; para algunos cirujanos es aquella que tiene trayectos y orificios fistulosos secundarios múltiples, las que han sido tratadas quirúrgicamente más de una vez

o las que no son de origen criptoglandular. En la actualidad se considera que la fístula anal compleja es toda aquella cuyo trayecto, al ser abordado quirúrgicamente, requiere la sección del aparato esfinteriano y, por tanto, compromete la continencia fecal; cumplen este criterio las supraesfintéricas, las transesfintéricas altas y las de origen no criptoglandular.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en *itálicas*. Cabe mencionar que las evidencias y las recomendaciones se clasifican de forma numérica y alfabética, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4. 1 PREVENCIÓN

4.1.1 FACTORES DE RIESGO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<p>E</p> <p>Las fístulas anales inespecíficas se desarrollan como consecuencia de la infección de una glándula anal localizada en el espacio interesfintérico. A la fecha no se sabe cual es el factor que inicia este proceso.</p> <p>La extensión de la infección de la glándula anal puede ocurrir en 3 direcciones. La primera hacia abajo para formar un absceso perianal en la etapa aguda y una fístula interesfintérica en la fase crónica. La segunda es lateral, penetrando el esfínter externo para crear un absceso isquio-rectal en la fase aguda y una fístula transesfintérica en la crónica. La tercera y más rara, es hacia arriba, para establecer un absceso pélvico en el espacio supraelevador o un absceso intramuscular alto, dependiendo de la relación que guarde la glándula infectada con el músculo longitudinal.</p>	<p style="text-align: center;">III</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales. <i>Williams 2007</i></p>
<p>R</p> <p>Los pacientes con el antecedente de un absceso anal están en riesgo de formar una fístula anal. Se debe utilizar la clasificación de Parks para la descripción de la fístula anal.</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>Evidencia tipo IIa, IIb, o III y hallazgos generalmente consistentes. <i>Williams 2007</i></p>
<p>E</p> <p>En una pequeña proporción de pacientes, la sepsis resulta de complicación de enfermedades específicas dentro de las que se incluyen: la enfermedad de Crohn, tuberculosis, VIH, Hidradenitis Supurativa; así como otras condiciones raras como el linfogranuloma venéreo, el teratoma sacrococígeo, duplicación rectal y actinomicosis perianal. Otras causas incluyen al trauma, cuerpos extraños y cáncer rectal perforado.</p>	<p style="text-align: center;">III</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales. <i>Williams 2007</i></p>
<p>R</p> <p>Se deben investigar en el paciente antecedentes de enfermedad de Crohn, tuberculosis, infección por VIH, hidradenitis supurativa y otras condiciones.</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>Evidencia tipo IIa, IIb, o III y hallazgos generalmente consistentes. <i>Williams 2007</i></p>

4.2 HISTORIA CLÍNICA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>El Tratamiento correcto de la fístula anal requiere del conocimiento detallado de la anatomía patológica con referencia al piso pélvico y el esfínter anal.</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales. <i>Williams 2007</i></p> <p style="text-align: right;">III</p>
<p>E</p>	<p>La historia clínica debe identificar síntomas que sugieran una asociación con patología intestinal y eventos previos que puedan comprometer la función del esfínter anal, como son cirugía de la zona o bien trauma obstétrico.</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales. <i>Williams 2007</i></p> <p style="text-align: right;">III</p>
<p>R</p>	<p>La fístula anal debe ser clasificada basándose en la relación que guarda el trayecto fistuloso primario con los músculos del esfínter anal. Se deben investigar antecedentes que alteren la función del esfínter anal.</p> <p>Evidencia tipo IIa, IIb, o III y hallazgos generalmente consistentes. <i>Williams 2007</i></p> <p style="text-align: right;">B</p>

4.3 EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<p>E</p>	<p>El orificio secundario (externo) frecuentemente se observa como un área pequeña invaginada de tejido de granulación con salida de material purulento o sangre a la compresión digital.</p> <p>Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales. <i>Williams 2007</i></p> <p style="text-align: right;">III</p>

E

Una estructura pequeña como cordón puede ser palpada hacia el conducto anal lo que representa el trayecto fistuloso. La exploración digital puede identificar el orificio primario (interno) y la presencia de trayectos fistulosos secundarios. La identificación correcta del orificio fistuloso primario es la clave para el tratamiento correcto de la enfermedad.

III
Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales.
Williams 2007

E

La anoscopia y la proctoscopia son complementos importantes en la exploración física de los pacientes con fístula anal, dado que documentan la localización del orificio primario y la presencia de otras condiciones patológicas como la enfermedad inflamatoria intestinal.

IV
Estudios bien diseñados no experimentales, comparativos, de correlación o descriptivos.
Mantyh C 2004

E

La regla de Goodsall es correcta en el 90% de los casos cuando se aplica a los orificios secundarios posteriores a la línea anal transversal; sin embargo, solamente es cierta en el 49% de las ocasiones cuando se encuentran por delante de ella (ver figura 2).

III
Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales.
Williams 2007

E

El orificio primario en las fístulas de origen criptoglandular frecuentemente se encuentran en la línea anorrectal en el origen de la glándula anal. Para facilitar su localización, en el quirófano y bajo anestesia, se puede aplicar un poco de peróxido de hidrógeno diluido y pasarlo a través de un catéter que se introduce por el orificio fistuloso secundario mientras se realiza la anoscopia. El burbujeo del peróxido a través del orificio fistuloso primario muestra su localización y la presencia de un trayecto.

IV
Estudios bien diseñados no experimentales, comparativos, de correlación o descriptivos.
Mantyh C 2004

R

Identificar correctamente el orificio fistuloso primario, el trayecto fistuloso primario y los secundarios así como los orificios fistulosos secundarios es fundamental para planear el tratamiento de la fístula anal en el adulto.

PBP

R

La inspección de la región anal puede demostrar el orificio fistuloso secundario o una cicatriz quirúrgica. La localización de este orificio es informativa. Si se encuentra cercano al conducto anal un trayecto superficial o interesfintérico es factible. Si se encuentra a 2-3 cm. del ano la fístula posiblemente será transesfintérica, supraesfintérica o extraesfintérica.

B

Evidencia tipo IIa, IIb, o III y hallazgos generalmente consistentes.
Williams 2007

4.4 ESTUDIOS DE GABINETE

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

La presión del conducto anal está relacionada con la continencia anal. La manometría preoperatoria anal puede influenciar los resultados funcionales posteriores a la cirugía al recomendar el uso de técnicas de preservación de esfínter.

III

Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales.
Williams 2007

R

La manometría anal puede tener un papel selectivo en el manejo de la fístula anal, al recomendar el uso de cirugía preservadora de esfínter.

B

Evidencia tipo IIa, IIb, o III y hallazgos generalmente consistentes.
Williams 2007

E

La fistulografía tiene poca utilidad en la práctica clínica. Mientras que el trayecto primario puede ser demostrado, las extensiones secundarias pueden no llenarse y la complejidad de la fístula subestimarse. La fistulografía ofrece poca información sobre el sitio y nivel del orificio primario, solamente es positiva en el 25% de los casos.

III

Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales.
Williams 2007

E

En ciertos pacientes, sin embargo, especialmente en aquellos con enfermedad inflamatoria intestinal o una fístula extraesfintérica, la fistulografía puede ser útil en hasta el 48% de los casos ya que puede demostrar una comunicación directa con un segmento intestinal por arriba del músculo elevador del ano.

III
Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales.
Williams 2007

R

La fistulografía tiene un papel muy limitado en el estudio de la sepsis criptogénica anorectal. Se debe solicitar solamente ante sospecha de fístula extraesfintérica.

B
Evidencia tipo IIa, IIb, o III. Hallazgos generalmente consistentes.
Williams 2007

E

La tomografía axial computarizada (TAC) ofrece poco en la evaluación de la fístula anal, fuera de determinar la extensión de la inflamación en la enfermedad inflamatoria intestinal (por ejemplo en el íleon terminal).

III
Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales.
Williams 2007

R

La TAC helicoidal de cortes finos puede ser útil cuando la resonancia magnética (RM) no está disponible o está contraindicada.

C
Evidencia tipo II, II o IV. Hallazgos inconsistentes.
Williams 2007

E

El ultrasonido endoanal (UE) tiene un papel importante en el estudio de la fístula anal. La calidad de los estudios se ha incrementado con la introducción de transductores de más alta frecuencia (profundidad) y con la utilización de peróxido de hidrógeno como material de contraste. El trayecto se define en forma correcta en el 98% de los estudios y el orificio primario se identifica correctamente en el 80% de los casos.

II a
Evidencia obtenida de un estudio bien diseñado de control no aleatorio.
Williams 2007

R

El UE es un estudio de primera línea en los pacientes en que se sospeche la presencia de una fístula compleja. Los pacientes con fístulas recurrentes pueden beneficiarse también con un UE pero requerirán además de RM

A
Evidencia tipo I o hallazgos consistentes de múltiples estudios IIa, IIb o III.
Williams 2007

E

La RM es una técnica de imagen precisa en la fístula anal. La RM es considerada como el estándar de oro para valorar la sepsis de la región anal por su habilidad de diferenciar la infección (sepsis) y el tejido de granulación de los músculos del esfínter anal.

I
Evidencia obtenida de un ECA, de una revisión sistemática o del meta-análisis de ECAs.
Williams 2007

E

La RM es el estudio ideal para el definir correctamente a las fistulas complejas. También es considerado como la técnica más valiosa en el estudio de las fístulas recurrentes.

I
Evidencia obtenida de un ECA, de una revisión sistemática o del meta-análisis de ECAs
Williams 2007

E

La RM no siempre es bien tolerada o disponible en todos los sitios. Tiene una curva de aprendizaje. Cuando comparada con UE toma más tiempo en realizarse y es más costosa. En estudios comparativos de correlación con hallazgos quirúrgicos, la RM fue superior al UE (certeza de 90% vs. 80%). El UE es una excelente alternativa ante disponibilidad limitada de la RM.

I
Evidencia obtenida de un ECA, de una revisión sistemática o del meta-análisis de ECAs.
Williams 2007

R

El uso de la RM debe ser considerada en cualquier fistula que se considere compleja después de valoración clínica o por UE. Su uso también es ideal en fístulas recurrentes.

A
Evidencia tipo I o hallazgos consistentes de múltiples estudios IIa, IIb o III.
Williams 2007

R

Si la institución no cuenta con RM o UE y se tiene una fístula compleja o recurrente, se deberá realizar una exploración bajo anestesia en quirófano.

PBP

4.5 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

4.5.1 TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS ANALES SIMPLES

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

La sección quirúrgica del esfínter anal externo puede dar como resultado alteración de la continencia, siendo más factible mientras más alto sea el trayecto fistuloso primario.

III
Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales.
Williams 2007

R

La sección del esfínter externo siempre debe ser realizado con cautela y tomando en consideración el género del paciente, la localización de la fístula, la presencia de cirugía previa y enfermedades asociadas.

C
Evidencia tipo II, II o IV. Hallazgos inconsistentes.
Williams 2007

E

Las fístulas anales simples deben ser tratadas mediante fistulotomía. El porcentaje de recurrencia posterior a fistulotomía es generalmente entre el 2% y el 9% y con alteración funcional entre el 0% al 17%.

II
Por lo menos un estudio experimental bien diseñado.
Whiteford 2005

E

Los fundamentos de la fistulotomía incluyen definir el trayecto completo de la fístula desde el orificio primario hasta el secundario con identificación y obliteración del trayecto primario así como de los secundarios.

II
Por lo menos un estudio experimental bien diseñado.
Whiteford 2005

E

La marsupialización del trayecto fistuloso logra un tiempo más corto de cicatrización así como mejor preservación de la presión de contracción anal, cuando se compara con la sección sin sutura del trayecto.

I
Evidencia obtenida de un ECA, de una revisión sistemática o del meta-análisis de ECAs.
Whiteford 2005, Williams 2007

R

Los bordes de la herida que resultan de la fistulotomía deben ser marsupializados para favorecer la cicatrización.

A
Evidencia tipo I o hallazgos consistentes de múltiples estudios IIa, IIb o III.
Williams 2007

E

La fistulotomía en sepsis anorectal aguda se asocia a un índice de recurrencia menor que la incisión y drenaje del absceso, sin incrementar el riesgo de provocar incontinencia.

I
Evidencia obtenida de un ECA, de una revisión sistemática o del meta-análisis de ECAs.
Williams 2007

R

La fistulotomía en sepsis anorectal aguda solamente debe ser realizada en pacientes en los que se identifique el orificio primario y la fístula sea considerada simple.

A
Evidencia tipo I o hallazgos consistentes de múltiples estudios IIa, IIb o III.
Williams 2007

La fistulotomía en sepsis anorectal aguda no debe realizarse en abscesos isquiorectales o en fístulas

C
Evidencia tipo II, II o IV. Hallazgos

R

transesfintéricas.

inconsistentes.
Williams 2007

E

A pesar de índices de recurrencia semejantes entre la fistulotomía y la fistulectomía, ésta última resulta con heridas quirúrgicas más grandes, que tardan más en cicatrizar y que dan un índice más alto de incontinencia.

I
Evidencia obtenida de un ECA, de una revisión sistemática o del meta-análisis de ECAs.
Whiteford 2005, Williams 2007

R

La fistulotomía es preferible a la fistulectomía.

A
Evidencia tipo I o hallazgos consistentes de múltiples estudios IIa, IIb o III.
Whiteford 2005, Williams 2007

E

En las fístulas anales simples el uso de sello de fibrina es un tratamiento simple y repetible, con pocos efectos secundarios y riesgo bajo de incontinencia fecal. La resolución de la fístula es del 60 al 70%.

IV
Estudios no experimentales bien diseñados.
Whiteford 2005

R

La fístula anal simple puede ser tratada mediante desbridación e inyección de sello fibrina.

C
Evidence of Type II, III, or IV but inconsistent finding.
Whiteford 2005

4.5.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS ANALES COMPLEJAS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La fístula anal compleja puede ser tratada mediante desbridación y sello de fibrina. En estudios pequeños se han logrado porcentajes de curación que oscilan entre el 14% y el 60%.

IV
Estudios no experimentales bien diseñados.
Whiteford 2005

E

La fístula anal compleja puede ser tratada mediante cierre primario y avance de colgajo endorectal. Con ello se elimina el foco séptico y se cierra el orificio primario; no se divide el esfínter, es repetible, tiene una herida quirúrgica pequeña y se puede combinar con la reconstrucción del esfínter en fístulas anteriores. El cierre definitivo de la fístula se ha logrado en el 55% al 98%. Se han reportado grados menores de incontinencia hasta en el 31% de los pacientes e incontinencia mayor en el 12%. Factores de mal pronóstico con esta técnica incluyen la presencia de sepsis no drenada, cáncer, un campo radiado, una proctitis activa por Crohn, una fístula con menos de 6 semanas de evolución y una fístula recto-vaginal de más de 2.5 cm.

Estudios no experimentales bien diseñados. **IV**
Whiteford 2005

E

La fístula anal compleja puede ser tratada mediante el uso de un setón y/o fistulotomía por etapas. Los setones pueden ser utilizados para inducir fibrosis periesfintérica a lo largo del trayecto para que cuando se realice finalmente la fistulotomía, o el setón se apriete gradualmente, el defecto muscular y el grado de incontinencia se limite. Un setón sin tensión también puede ser útil para facilitar la fistulotomía por etapas.

Evidencia obtenida de estudios descriptivos, bien diseñados no experimentales. **III**
Whiteford 2005, Williams 2007

E

Cuando se coloca un setón y se realiza fistulotomía por etapas se obtiene un índice de recurrencia bajo (0-8%); sin embargo los grados de incontinencia menor (34-63%) y mayor (2-26%) son significativos.

Estudios no experimentales bien diseñados. **IV**
Whiteford 2005

R

La fístula anal compleja puede ser tratada mediante desbridación, aplicación de fibrina y avance de colgajo de mucosa rectal o bien con setón y fistulotomía de intervalo.

Evidencia Tipo II, III, o IV y hallazgos generalmente consistentes. **B**
Whiteford 2005

R

La fístula anal compleja deberá ser tratada en un centro de especialidad.

PBP

4.5.3 Tratamiento quirúrgico de las fistulas anales secundarias a la enfermedad de Crohn

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado	
E	Una fístula asintomática por enfermedad de Crohn puede permanecer quiescente por lo que no requiere tratamiento.	<p>IV</p> <p>Estudios no experimentales bien diseñados.</p> <p><i>Whiteford 2005</i></p>
R	Las fístulas asintomáticas por enfermedad de Crohn no deben ser tratadas.	<p>B</p> <p>Evidencia Tipo II, III, o IV y hallazgos generalmente consistentes.</p> <p><i>Whiteford 2005</i></p>
E	La curación posterior a fistulotomía en las fístulas interesfintéricas o transesfintéricas bajas en enfermedad de Crohn oscila entre el 62% al 100%, con grados de incontinencia menor del 0% al 12%.	<p>IV</p> <p>Estudios no experimentales bien diseñados.</p> <p><i>Whiteford 2005</i></p>
R	La fístula anal simple baja en la enfermedad de Crohn puede ser tratada mediante fistulotomía.	<p>B</p> <p>Evidencia Tipo II, III, o IV y hallazgos generalmente consistentes.</p> <p><i>Whiteford 2005</i></p>

E

El objetivo del setón flojo (de drenaje) a largo plazo en la fístula secundaria a enfermedad de Crohn es el de reducir los eventos sépticos, al proveer drenaje continuo y evitar el cierre cutáneo en el orificio secundario. Este objetivo puede ser logrado en el 48% a 100% de estos pacientes. La sepsis recurrente se reduce aproximadamente un tercio del tiempo.

Estudios no experimentales bien diseñados. **IV**
Whiteford 2005

R

La fístula anal compleja secundaria a la enfermedad de Crohn puede ser paliada en forma adecuada mediante setones de drenaje de larga duración.

Evidencia Tipo II, III, o IV y hallazgos generalmente consistentes. **B**
Whiteford 2005

E

Los colgajos de avance endorectal o anodérmicos también pueden ser usados en fístula compleja secundaria a la enfermedad de Crohn. La proctitis activa se considera una contraindicación. El éxito a corto plazo (50%-75%) es más bajo en esta condición y disminuye según se incrementa el seguimiento de los pacientes, demostrando la naturaleza crónica y recurrente de la enfermedad. El éxito a corto plazo con estas técnicas en fístulas rectovaginales por Crohn es aun más bajo (40%-50%).

Estudios no experimentales bien diseñados. **IV**
Whiteford 2005

R

La fístula anal compleja secundaria a la enfermedad de Crohn puede ser tratada mediante cierre y colgajos de avance endorectal si la mucosa es completamente normal.

Evidencia Tipo II, III, o IV y hallazgos generalmente consistentes. **B**
Whiteford 2005

4.5.4 TRATAMIENTO DE FÍSTULAS POR OTRAS CONDICIONES

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

El carcinoma anal o rectal bajo puede ocasionalmente iniciar su manifestación clínica con un absceso perianal o una fístula por extensión directa tumoral. Una fístula de larga evolución también puede desarrollar una neoplasia especialmente si está relacionada a la enfermedad de Crohn.

Evidencia obtenida de reportes de comité de expertos, experiencia clínica de autoridades respetadas o reporte de casos. **IV**
Williams 2007

R

Se debe realizar toma de biopsia en todas las fístulas de larga evolución o en fístulas con características inusuales. Si resulta positiva para cáncer se debe iniciar una terapia multidisciplinaria.

PBP

Recomendación basada en la experiencia del grupo desarrollador y otros profesionales.

Williams 2007

E

La tuberculosis de la región anal es rara. Existen dos formas de presentación:

1. Los pacientes con tuberculosis (tb) pulmonar activa pueden desarrollar una úlcera anal. La etiología de la úlcera se determina mediante la presencia de bacilos acido-alcohol resistentes.
2. Los pacientes con tb pulmonar no activa pueden desarrollar una fístula en ocasiones asociada a una estenosis rectal.

IV

Evidencia obtenida de reportes de comité de expertos, experiencia clínica de autoridades respetadas o reporte de casos.

Williams 2007

R

El manejo consiste en tratamiento con antimicrobianos específicos.

PBP

Recomendación basada en la experiencia del grupo desarrollador y otros profesionales.

Williams 2007

E

Los pacientes con infección por VIH deben ser valorados bajo anestesia y tomar muestras adecuadas para biopsia y cultivos. Deben ser identificadas infecciones de transmisión sexual.

IV

Evidencia obtenida de reportes de comité de expertos, experiencia clínica de autoridades respetadas o reporte de casos.

Williams 2007

R

Los pacientes sin manifestaciones clínicas por infección VIH pueden ser tratados en forma semejante a los no infectados, particularmente si se dispone de terapia antirretroviral altamente activa. Los pacientes con enfermedad avanzada deben ser tratados con drenaje de absceso mediante incisión pequeña y setón.

PBP

Recomendación basada en la experiencia del grupo desarrollador y otros profesionales.

Williams 2007

4.6 MANEJO PERIOPERATORIO

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<p>E Se ha estimado que cerca del 90% de los pacientes con padecimientos anorectales pueden ser candidatos a cirugía ambulatoria, en la que se incluyen las fístulas.</p>	<p>III Descripción de series de casos u opinión de panel de expertos. <i>Place R 2003</i></p>
<p>E Se deben de tomar en consideración muchos factores para poder determinar si es adecuada la cirugía ambulatoria en padecimientos anorectales. La clasificación del estado físico de la Asociación Americana de Anestesia (ASA) es útil para determinar el riesgo anestésico. La magnitud de la cirugía, tipo de anestesia, disponibilidad de instrumental adecuado, la capacidad del paciente en seguir indicaciones, la distancia del domicilio del paciente al centro hospitalario y las condiciones del domicilio deben ser considerados.</p>	<p>III Descripción de series de casos u opinión de panel de expertos. <i>Place R 2003</i></p>
<p>E Múltiples estudios han documentado que la historia clínica (HC) y exploración física (EF) del paciente son los elementos clave para una valoración preoperatoria adecuada. Los exámenes de laboratorio de rutina que no se justifican en base a la HC y EF dan poca información.</p>	<p>III Descripción de series de casos u opinión de panel de expertos. <i>Place R 2003</i></p>
<p>E La mayor parte de la cirugía anorectal puede ser realizada en forma segura y con buena relación costo beneficio, bajo anestesia local. La anestesia regional o general puede ser utilizada dependiendo de la preferencia del paciente y del médico.</p>	<p>III Descripción de series de casos u opinión de panel de expertos. <i>Place R 2003</i></p>
<p>E Los pacientes sujetos a cirugía anorectal pueden ser dados de alta de la unidad de cuidados postoperatorios.</p>	<p>II Evidencia obtenida de estudios controlados no aleatorizados, estudios con control de caso o cohorte, experimentos dramáticos no controlados. <i>Place R 2003</i></p>



Múltiples modalidades terapéuticas pueden ser utilizadas para lograr un adecuado control postoperatorio del dolor.

II

Evidencia obtenida de estudios controlados no aleatorizados, estudios con control de caso o cohorte, experimentos dramáticos no controlados.
Place R 2003

4.7 CRITERIOS DE REFERENCIA A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia/Recomendación	Nivel/Grado
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div> <p>Dependiendo de la experiencia del cirujano general o cirujano coloproctólogo se deben referir a tercer nivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con recurrencia de una fístula anal compleja. • Pacientes con enfermedad de Crohn activa portadores de una fístula anal sintomática compleja. • Falta de recursos diagnósticos en fístula anal compleja y algún grado de incontinencia. </div> </div>	<p>PBP</p>

5. ANEXOS

5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS FÍSTULAS ANALES

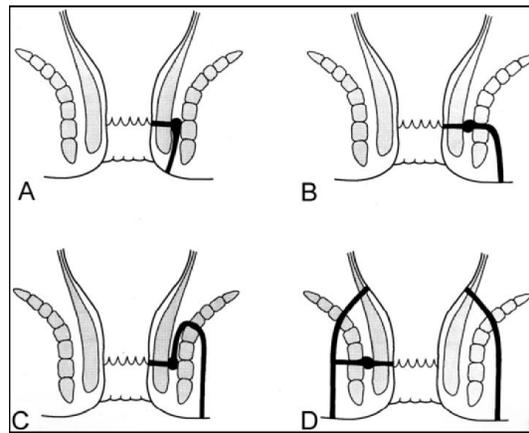


Fig. 1.- Clasificación de las fístulas anales: A) Interesfintéricas, B) Transesfintéricas, C) Supraesfintéricas y D) Extraesfintéricas. (ASCRS. Anal Fistula / Abscess. Mantyh, C.)

5.2 REGLA DE GOODSALL

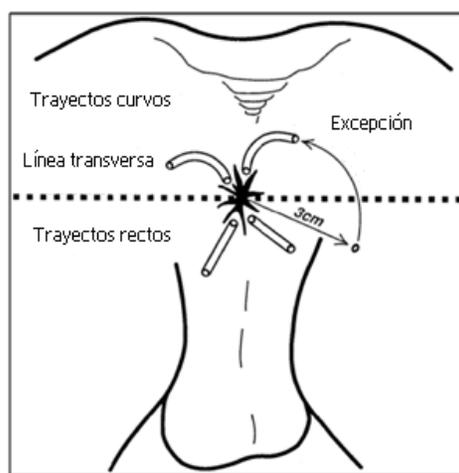


Fig2. Regla de Goodsall. (ASCRS. Anal Fistula / Abscess. Mantyh, C.)

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Mantyh, C. ASCRS. Anal Fistula / Abscess.
http://www.fascrs.org/physicians/education/core_subjects/2004/anal_fistula/
2. Place R, Hyman N, Simmang C, Cataldo P, Church J, Cohen J; Denstman F, Kilkenny John, Noguerras J, Orsay C, Otchy D, Rakinic J, Tjandra J. Practice Parameters for Ambulatory Anorectal Surgery. The Standards Task Force the American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2003; 46(5):573-576.
3. Vikram A. Sahni, Rosemina Ahmad, David Burling. Which method is best for imaging of perianal fistula? *Abdom Imaging* 2008; 33:26-30.
4. Charúa GL, Osorio HRM, Navarrete CT, et al. Manejo quirúrgico de la fístula anal. *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69:229-34.
5. Whiteford MH, Kilkenny J III, Hyman N, Buie WD, Cohen J, Orsay C, Dunn G, Perry WB, C. Ellis N, Rakinic J, Gregorczyk S, Shellito P, Nelson R, Tjandra JJ, Newstead G. Practice Parameters for the Treatment of Perianal Abscess and Fistula-in-Ano (Revised). Prepared by The Standards Practice Task Force The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1337-1342.
6. Charúa GL. Fístula anal. *Rev Hosp Gen Mex* 2007; 70(2):85-92.
7. Williams JG, Farrands PA, Williams AB, Taylor BA, Lunniss PJ, Sagar PM, Varma JS, George BD. The Treatment of Anal Fistula: ACPGBI Position Statement. *Colorectal Dis.* 2007; 9 (Suppl 4):18-50.

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en medicina basada en la evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

7. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación Documental
Dr. Domingo Antonio Ocampo	
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández	Asesores de Guías de Práctica Clínica
Dr. Luis Aguero y Reyes	
Dr. Eric Romero Arredondo	
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y Logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño Gráfico

8. DIRECTORIO

Secretaría de Salud
Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE
Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX
Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Hospital General de México, SSA

Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso
Director General

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Director Médico

Dr. Fernando Bernal Sahagún
Director Quirúrgico

9. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico