

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de referencia rápida

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

K60 Fisura y Fístula de las Regiones Anal y Rectal

K604 Fístula Rectal

K605 Fístula Anorrectal

GPC

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fístula anal en el adulto

ISBN en trámite

La fístula anal 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.

FACTORES DE RIESGO

Las fístulas anales inespecíficas se forman como consecuencia de una infección que se desarrolla en una glándula anal que yace dentro del espacio interesfintérico. A la fecha no se sabe cual es el factor que inicia este proceso.

Los pacientes con el antecedente de un absceso perianal están en riesgo de formar una fístula anal. Se debe utilizar la clasificación de Parks para la descripción de las fistulas anales.

IMPORTANTE

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.

HISTORIA CLÍNICA

INTERROGATORIO

La historia clínica debe identificar síntomas que sugieran una asociación con patología intestinal y eventos que puedan comprometer la función del aparato esfinteriano, como son cirugía previa de la zona o bien trauma obstétrico

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

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.

EXPLORACIÓN FÍSICA

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.

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.

EXPLORACIÓN INSTRUMENTADA

La anoscopia y la proctoscopia son complementos importantes en la exploración física de los pacientes con fístula anal. Documentan la localización del orificio primario y la presencia de otras enfermedades como la enfermedad inflamatoria intestinal.

En las fístulas de origen criptoglandular el orificio primario se encuentra, en la línea anorrectal. Para facilitar su localización se puede instilar un poco de peróxido de hidrógeno diluido por un catéter a través del orificio secundario mientras se realiza la anoscopia. El burbujeo del peróxido a través del orificio primario define su localización y la presencia de un trayecto.

ESTUDIOS DE IMAGEN

La fístula anal puede ser estudiada mediante:

- 1) **Fistulografía.** Solamente útil en las fístulas extraesfintéricas para determinar el segmento intestinal afectado.
- 2) **Ultrasonido endoanal:** Es el estudio inicial ideal utilizando transductores de mayor frecuencia y peróxido de hidrógeno.
- 3) **Tomografía axial computada:** Solamente es útil en fístulas secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn).
- 4) **Resonancia magnética:** Es actualmente considerado el estándar de oro en fístulas complejas y recidivantes

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Los objetivos del tratamiento de la fístula anal son:

- 1) Eliminar el foco séptico y cualquier trayecto fistuloso.
- 2) Hacerlo con la mínima afectación funcional.

Para realizar un tratamiento correcto, la etiología debe ser perfectamente definida. Generalmente se trata de una infección criptoglandular; sin embargo, puede estar relacionada con la enfermedad de Crohn, trauma, radioterapia o malignidad.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA ANAL SIMPLE:

- Identificar perfectamente bien el orificio primario
- Identificar el trayecto fistuloso
- Identificar el orificio secundario (s)
- Realizar fistulotomía
- Realizar marsupialización de los bordes de la herida (s) resultante.
- La recurrencia resulta de un error en la identificación del orificio primario y por ende de la glándula infectada
- Vigilar el cierre correcto de la herida en el postoperatorio
- Determinar al momento de cicatrización total la presencia algún grado de incontinencia residual

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA ANAL COMPLEJA:

- Identificar orificio primario, secundario y trayecto fistuloso.
- Dependiendo de la exploración física realizar ultrasonido endoanal, resonancia magnética o fistulografía para determinar relación del trayecto con respecto a los músculos del esfínter anal.
- Determinar el tipo de fístula utilizando la clasificación de Parks.
- Documentar la presencia de incontinencia en el preoperatorio.
- En caso de fístula anal de origen extraesfintérico determinar el origen y tratar en forma adecuada.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA ANAL COMPLEJA:

- No existe un tratamiento estándar para las fístulas complejas
- En los pacientes con algún riesgo de incontinencia se debe de realizar preferiblemente legrado del trayecto, cierre del orificio primario, colocación de sello de fibrina y colgajo de mucosa.
- En los pacientes sin incontinencia el setón y la fistulotomía en intervalos es la mejor opción para el cierre de la fístula; sin embargo, la incontinencia residual debe ser discutida con el paciente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA SECUNDARIA A CROHN

- Las fístulas asintomáticas no requieren tratamiento quirúrgico.
- Las fístulas sintomáticas simples pueden ser tratadas mediante fistulotomía. El momento ideal es durante la remisión de la actividad inflamatoria intestinal. La utilización de setón no cortante es válida.
- En caso de fístula anal compleja o gran actividad inflamatoria, el paciente debe ser manejado mediante setón no cortante para drenaje exclusivamente.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Dependiendo de la experiencia del coloproctólogo o cirujano general referir a los pacientes a tercer nivel con:

- Recurrencia de una fístula anal compleja.
- Enfermedad de Crohn activa portadores de una fístula anal sintomática compleja.
- Falta de recursos diagnósticos en fístula anal compleja y algún grado de incontinencia.

Diagnóstico y tratamiento de la fístula anal en el adulto

