

# CONSENSO FÍSTULAS ANORRECTOPERIANALES.

(18 de Marzo de 2011)

Auspicia Sociedad Cubana de Coloproctología.

**Servicios Participantes:** Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de Pinar del Río "Abel Santamaría Cuadrado",<sup>00</sup> Hospital Psiquiátrico de la Habana "Dr. Bernabé Ordaz",\* Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de la Habana "Calixto García Iñiguez",\*\* Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de la Habana "Joaquín Albarrán",\*\*\* Hospital Universitario Clínico Quirúrgico de la Habana "Comandante Manuel Fajardo Rivero", \*\*\*\* Hospital Clínico Quirúrgico de la Habana "Hermanos Amejeiras",<sup>000</sup> Policlínico Universitario de la Habana "Plaza".= INFOMED<sup>---</sup>

**Participantes:** Dra. Angelina Díaz Bustelo. (Coordinador). Profesor Asistente. Especialista de I Grado en Coloproctología y en Medicina General Integral.\*\*\*\*

Dra. Mercedes Bandera Ramírez. Jefa del Servicio de Coloproctología. Profesora Asistente. Especialista de I Grado en Coloproctología. \*\*\* Dr. Juan Carlos Barrera Ortega. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Cirugía General. \*\*\*\* Dra. Belniu Díaz Padilla. Especialista de 1er Grado en Coloproctología.\*\*\* MsC. Dr. Alfredo Echevarría Ramírez. Especialista de I Grado en Coloproctología.\* Dra. Esther Jequin Savariego. Jefe del Servicio de Imagenología. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Imagenología.\*\*\*\* MSc. Dra. Lilliam Jiménez Fontao. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Medicina General Integral. Policlínico Plaza. = Dr. Antolín López Corona. Especialista de I Grado en Gastroenterología. \*\*\*\* MsC. Dr. Guillermo Llanes Díaz. Especialista de 1er Grado en Coloproctología. <sup>000</sup> Dr. Francisco F. Llorente Llano. Jefe del Servicio de Coloproctología. Profesor Auxiliar. Especialista de I y II Grado en Coloproctología. \*\*\*\* Dr. José Antonio Llovera Ruiz. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Coloproctología.<sup>000</sup> Dr. William Muñoz Carbonell. Especialista de I Grado en Coloproctología. \*\*\*\* MsC.Lic. en Ciencias Farmacéuticas. Liana María Padrón Menéndez. Profesor Instructor.\*\*\*\* Carlos E. Pascual Fías. Profesor Instructor. Especialista de 1er Grado en Coloproctología.\*\*\* Lic. Nancy Pérez Morera. <sup>---</sup> Dr. Lázaro Ramírez Arteaga. Especialista de I Grado en Coloproctología.<sup>00</sup> Dra. Inés Sánchez Gay. Especialista de I Grado en Coloproctología.\*\* Dr. Omar Singh Linares. Jefe del Servicio de Medicina Interna. Profesor Asistente. Especialista de I Grado en Medicina Interna. \*\*\*\*

## Fístulas perianales (F.P.):

### Definición:

Las fístulas perianales son un proceso crónico secundario a la presencia de abscesos a este nivel.

Consisten en la comunicación entre sí de dos superficies epitelizadas mediante un trayecto que puede ser único o múltiple, cuya identificación, así como su relación con el complejo esfinteriano del ano, es de crucial importancia en el manejo terapéutico de estas fístulas.

### Epidemiología:

Incidencia 1/10.000 personas.

Existen pocos datos acerca de su prevalencia, aunque supone entre el 10 % y el 30 % de las intervenciones coloproctológicas.

En general afecta a adultos entre 20 y 60 años de edad, con predominio del sexo masculino.

**Factores de riesgos asociados:**

Diabetes Mellitus o antecedentes heredofamiliares de Diabetes Mellitus.

Obesidad.

Postrado crónico.

Traumatismos.

Ingestión de cuerpos extraños.

Antecedentes de fisura anal crónica.

Radioterapia

**Anatomía de la musculatura del conducto anal y división anatómica:**

El conducto anal tiene una longitud de aproximadamente 3 -4 cm.

Presenta un sistema esfinteriano doble: el esfínter interno (EI), constituido por músculo liso, continúa con la musculatura circular del recto, y rodea los dos tercios superiores; es responsable del 85% del tono anal; su grosor aumenta con la edad, pasando de 1,2 a 3,5 cm.

El esfínter externo (EE), constituido por fibras estriadas, voluntario, se dispone externo y más caudal que el esfínter interno, y representa el 15% del tono anal; por la parte superior, según su profundidad, se divide en porción subcutánea, superficial y profunda, esta última se fusiona con el músculo puborrectal; es la continuación del músculo elevador del ano (MEA).

El conducto anal podemos dividirlo en conducto anal bajo, donde sólo vemos fibras del EE; conducto anal medio, con ambos esfínteres, y conducto anal alto, donde vemos el MEA.

## **Etiopatogenia:**

Aunque existen abscesos y fístulas de etiología específica, se acepta en general que, en la inmensa mayoría de los casos (más del 90% según Parks), la etiología es criptoglandular e inespecífica y consiste en la infección de las glándulas anales, cuyo cuerpo glandular se halla en el espacio interesfintérico a nivel de la línea pectínea, y desde donde la infección puede extenderse caprichosamente a través de diferentes espacios anorrectales.

Para algunos autores, esta teoría solo puede ser avalada en menos del 25% de los casos.

LA TEORÍA CRIPTOGLANDULAR ES LA UNIVERSALMENTE MÁS ACEPTADA PARA LA ENFERMEDAD FISTULOSA ANORRECTAL.

## **Clasificación de las fístulas perianales:**

### **Reglas para la clasificación:**

Anamnesis.

Examen Físico: (inspección, palpación, examen digital rectal)

Endoscopia.

### **Clasificación de acuerdo con los elementos que la integran o involucra:**

- Simple.
- Compleja.
- Complicada.

### **Clasificación por sus características propias:**

- Completa.
- Incompleta.

### **Clasificación según su relación con los esfínteres o Clasificación dada por Parks (1976):**

- Interesfinteriana.

- a) de trayecto bajo sencillo
- b) de trayecto ciego alto
- c) de trayecto alto con abertura rectal
- d) de abertura rectal, sin abertura perineal
- e) de extensión extrarrectal
- f) secundaria a enfermedad pélvica

- Intraesfinteriana o Transesfinteriana.

- a) sin complicación
- b) de trayecto ciego alto

- Supraesfinteriana.

- a) sin complicación
- b) de trayecto ciego alto

- Extraesfinteriana.

Secundaria a:

- a) fisura anal
- b) traumatismo
- c) enfermedad anorrectal (ej. Enf. Crohn)
- d) inflamación pélvica

**Clasificación de acuerdo a los elementos que la integran o involucra:**

<b>Clasif.</b>	<b>Anamnesis</b>	<b>Examen Físico</b>
<b>Simple</b>	Antecedentes de un absceso perianal. Supuración o secreción(en ocasiones se refiere "induración o lesión	Inspección: Orificio o granuloma periorificial fistuloso en la región perianal o perineal. Palpación: Cordón fibroso subcutáneo que va desde orificio antedicho hacia la región anorrectal.

	<p>perineal segregante” de forma  esporádica) que mancha ropa interior, humedad y prurito.</p>	<p>E.D.R.: Se puede tectar induración en la zona de la línea anorrectal donde está el orificio fistuloso primario. Anoscopia/Rectosigmoidoscopia: En muy limitadas ocasiones se puede observar el orificio fistuloso primario, aunque si se ve generalmente la cripta engrosada o inflamada.</p>
<p><b>Compleja</b></p>	<p>Antecedentes de un absceso perianal. Supuración o secreción (en ocasiones se refiere una o mas “induraciones o lesiones perineales segregante” de forma esporádica) que mancha la ropa interior, humedad y prurito.</p>	<p>Inspección: Uno dos o más orificios o granulomas periorificiales fistulosos en la región perianal o perineal. Palpación: Uno (que se separa en dos o mas), dos o más cordones fibrosos subcutáneos que van desde los orificios antedichos hacia la región anorrectal o convergen en uno. E.D.R.: Se puede tectar induración en la zona de la línea anorrectal donde está el o los orificios fistulosos primarios. Anoscopia/ Rectosigmoidoscopia: En muy limitadas ocasiones se puede observar el o los orificios fistulosos primarios, aunque si se verá generalmente la o las criptas engrosadas o inflamadas.</p>

<b>Complicada</b>	Antecedentes de un absceso perianal o perirrectal. Se añade salida de gases y heces por el otro órgano comprometido.	Inspección: Normal Palpación: Cordón fibroso subcutáneo que va desde orificio primario en conducto anorrectal o recto hacia el otro órgano involucrado (si es una fístula superficial baja, hacia vagina o uretra masculina) E.D.R.: Se puede tactar induración en la zona de la línea anorrectal donde está el orificio fistuloso primario. Anoscopia/ Rectosigmoidoscopia: En muy limitadas ocasiones se puede observar el orificio fistuloso primario, aunque si se ve generalmente la cripta engrosada o inflamada. Al examinar el otro órgano involucrado se puede observar el orificio fistuloso secundario.
-------------------	--	--

### **Fístula perianal (F.P.).**

#### **Exámenes diagnósticos.**

- Exploración digital rectal. (E.D.R.)
- Anoscopia y Rectosigmoidoscopia. (En pacientes con sospecha de Enfermedad Inflamatoria Intestinal [E.I.I.] realizar colonoscopia.)
- Hemoquímica (Hem. con dif., Glicemia, Coagulograma, Serología, H.I.V).
- Rayos X de Tórax ó T.A.C. de tórax. (Mayores de 50 años)
- Electrocardiograma. (Mayores de 50 años)
  
- En fístulas complejas y complicadas es recomendable:

- Fistulografía contrastada.
- Ultrasonido endoanal, instilando peróxido de hidrógeno por orificio fistuloso más accesible y/o fistulografía con contraste hidrosoluble así como Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.) según disponibilidad.
- Si presenta otras enfermedades asociadas se indicaran los exámenes e interconsultas correspondientes.

### **Fístulas perianales (F.P.).**

**Tratamiento Médico:** (Se establece en la misma Consulta mientras se prepara para la intervención quirúrgica)

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño)
- Actividad física.
- Restablecer hábito intestinal. (Preconizado fundamentalmente con la dieta)
- Hidroterapia (baños de asientos tibios [B.A.T.]

**Tratamiento Quirúrgico:** El objetivo principal del tratamiento de las fístulas perianales es conseguir la curación, con una baja tasa de recidivas y preservando la continencia anal.

### **Fístula Perianal Simple (F.P.S.).**

Fistulectomía.

Fistulotomía.

Cierre del orificio primario con disección avanzada de un colgajo de la mucosa y submucosa rectal.

Otras Opciones o alternativas:

- Fistulotomía por etapas según la Técnica de Seton.
- Desbridamiento del trayecto fistuloso e inyección de Collagen plus.
- No cirugía en las fístulas por Enfermedad de Crohn no sintomáticas.

### **Fístula Perianal Compleja (F.P.C.).**

Fistulotomía.

Fistulectomía.

Cierre del orificio primario con una disección avanzada de un colgajo de la mucosa y submucosa rectal.

Fistulotomía por etapas según la Técnica de Seton.

No cirugía en las fístulas por Enfermedad de Crohn no sintomáticas.

Otras opciones o alternativas:

- Desbridamiento del trayecto fistuloso e inyección de Collagen plus.
- Fistulectomía videoasistida por la Técnica de Meinero.
- Combinaciones simultáneas o no de las intervenciones anteriores.

### **Fístula Perianal Complicada (F.P.Cc.).**

Se determinará el proceder quirúrgico en discusión colectiva del servicio y se invitarán a la misma otros especialistas en correspondencia con el órgano vecino involucrado consensuando el proceder.

En fístulas específicas, es importante obtener información adicional del conjunto de estructuras pélvicas involucradas



## **Seguimiento:**

### **Tratamiento post operatorio:**

Tratamiento Médico:

Recomendaciones Generales y Dietéticas:

- Higiene anal local moderada (agua y jabón neutro) posdefecatoria y a la hora del baño.
- Actividad física limitada durante la 1era Semana.
- Restablecer hábito intestinal. (Preconizado fundamentalmente con la dieta)
- Hidroterapia (baños de asientos tibios [B.A.T.]

Tratamiento farmacológico:

- Analgésicos.
- Laxantes. (Si estreñimiento acentuado, solo para la 1era defecación post operatoria).
- Antidiarreicos. (Si se presentaran diarreas en el pos operatorio)
- Sedantes ligeros. (1era Semana del postoperatorio).
- Consulta Semanal, si no se presentaran complicaciones hasta la recuperación normal en un plazo promedio entre 30 y 60 días; dependiendo del tipo de fístula y del tipo de técnica quirúrgica empleada.

### **Bibliografía:**

- Guía de práctica clínica radiología abdominal 2006; 3(2): 1 fístulas anorrectales. Evaluación de las fístulas perianales mediante ecografía endoanal tridimensional y correlación con los hallazgos intraoperatorios. Marina Garce's Albir. Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Universidad de Valencia, España
- Corman Marvin L.MD. Colon & Rectal Surgery. 3rd Edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company,1993: 721-31.

- ASGE guideline: endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc* 2006 Apr;63(4):558-65. [123 references] [PubMed](#)
- Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C . Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
- Whiteford MH, Kilkenny J 3rd, Hyman N, Buie WD, Cohen J, Orsay C, Dunn G, Perry WB, Ellis CN, Rakinic J, Gregorcyk S, Shellito P, Nelson R, Tjandra JJ, Newstead G. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised). *Dis Colon Rectum* 2005 Jul;48(7):1337-42. [63 references] [PubMed](#)
- Dennis F Zagrodnik II, MD, FACS, Consulting Staff, Wisconsin Vein Center is a member of the following medical societies: American College of Chest Physicians, American College of Surgeons, American Medical Association, Phi Beta Kappa, and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. Editors: Oscar Joe Hines, MD, Assistant Professor, Department of Surgery, University of California at Los Angeles School of Medicine; Francisco Talavera, PharmD, PhD, Senior Pharmacy Editor, eMedicine; David L Morris, MD, PhD, Professor, Department of Surgery, St George Hospital, University of New South Wales, Australia; Paolo Zamboni, MD, Professor of Surgery, Chief of Day Surgery Unit, Chair of Vascular Diseases Center, University of Ferrara, Italy; John Geibel, MD, DSc, MA, Professor, Department of Surgery, Section of Gastrointestinal Medicine and Department of Cellular and Molecular Physiology, Yale University School of Medicine; Director of Surgical Research, Department of Surgery, Yale-New Haven Hospital. *Fistula-in-Ano; The eMedicine Journal Specialty*; Article Last Updated: Nov 9, 2007.
- Champagne BJ, O'Connor LM, Ferguson M, Orangio GR, Schertzer ME, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas: long-term follow-up. *Dis Colon Rectum*. Dec 2006;49(12):1817-21. [\[Medline\]](#).

- Topstad DR, Panaccione R, Heine JA, Johnson DR, MacLean AR, Buie WD. Combined seton placement, infliximab infusion, and maintenance immunosuppressives improve healing rate in fistulizing anorectal Crohn's disease: a single center experience. *Dis Colon Rectum*. May 2003;46(5):577-83. [[Medline](#)]
- Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum*. Mar 2006;49(3):371-6. [[Medline](#)].
- Buchanan GN, Halligan S, Williams AB, Cohen CR, Tarroni D, Phillips RK, et al. Magnetic resonance imaging for primary fistula in ano. *Br J Surg*. Jul 2003;90(7):877-81. [[Medline](#)].
- Andre Hebra, MD, Chief, Division of Pediatric Surgery, Medical University of South Carolina is a member of the following medical societies: Alpha Omega Alpha, American Academy of Pediatrics, American College of Surgeons, American Medical Association, American Pediatric Surgical Association, Association for Academic Surgery, Society of Laparoendoscopic Surgeons, South Carolina Medical Association, Southeastern Surgical Congress, and Southern Medical Association; Coauthor(s): Patrick B Thomas, MD, Fellow, Department of Pediatric Surgery, Texas Children's Hospital; Editors: Marc D Basson, MD, PhD, Chief of Surgery, John D Dingell VA Medical Center; Professor, Department of Surgery, Wayne State University School of Medicine; Francisco Talavera, PharmD, PhD, Senior Pharmacy Editor, eMedicine; Amy L Friedman, MD, Professor of Surgery, Director of Transplantation, State University of New York Upstate Medical University College of Medicine, Syracuse; Paolo Zamboni, MD, Professor of Surgery, Chief of Day Surgery Unit, Chair of Vascular Diseases Center, University of Ferrara, Italy; John Geibel, MD, DSc, MA, Professor, Department of Surgery, Section of Gastrointestinal Medicine and Department of Cellular and Molecular Physiology, Yale University School of Medicine; Director of Surgical Research, Department of Surgery, Yale-New Haven Hospital. Perianal Abscess; The [eMedicine Journal Specialty](#); Article Last Updated: Mar 3, 2006.

- Carol E H Scott-Conner, MD, PhD, Professor, Department of Surgery, University of Iowa College of Medicine is a member of the following medical societies: American Association for Cancer Research, American Association for the Surgery of Trauma, American Burn Association, American Cancer Society, American College of Gastroenterology, American College of Surgeons, American Medical Association, American Society for Gastrointestinal Endoscopy, Association for Academic Surgery, Association for Surgical Education, Association of VA Surgeons, Iowa Medical Society, Sigma Xi, Society for Surgery of the Alimentary Tract, Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons, Society of Critical Care Medicine, Society of Surgical Oncology, Society of University Surgeons, and Southeastern Surgical Congress; Coauthor(s): Jan Rakinic, MD, Chief, Section of Colorectal Surgery, Southern Illinois University; Editors: Lewis J Kaplan, MD, FACS, FCCM, FCCP, Director, SICU and Surgical Critical Care Fellowship, Associate Professor, Department of Surgery, Section of Trauma, Surgical Critical Care, and Surgical Emergencies, Yale University School of Medicine; Francisco Talavera, PharmD, PhD, Senior Pharmacy Editor, eMedicine; David L Morris, MD, PhD, Professor, Department of Surgery, St George Hospital, University of New South Wales, Australia; Paolo Zamboni, MD, Professor of Surgery, Chief of Day Surgery Unit, Chair of Vascular Diseases Center, University of Ferrara, Italy; John Geibel, MD, DSc, MA, Professor, Department of Surgery, Section of Gastrointestinal Medicine and Department of Cellular and Molecular Physiology, Yale University School of Medicine; Director of Surgical Research, Department of Surgery, Yale-New Haven Hospital. Rectovaginal Fistula; The eMedicine Journal Specialty; Article Last Updated: Aug 3, 2006.
- Dres. Chung W, Kazemi P, Ko D, Sun C, Brown CJ, Raval M, Phang T. Plug para fístula anal y adhesivo de fibrina versus tratamiento convencional en la reparación de las fístulas perianales complejas. *Am J Surg* 2009; 197(5): 604-608.

- Lledó Matoses, Salvador (Editor) Cirugía Colorrectal. Guía Clínica de la Asociación Española de Cirujanos. Sección de Coloproctología. ARÁN EDICIONES S.A. T I; pag. 113.
- Héctor Ortiza, José Marzoa, Pedro Armendáriz y Gloria Jiménez. Valor de la ecografía endoanal con inyección de agua oxigenada en el diagnóstico de las fístulas perianales. Cir Esp 2002;72(6):315-7.
- L. K. Browder S. Sweet A. M. Kaiser. Modified Hanley procedure for management of complex horseshoe fistulae. Tech Coloproctol (2009) 13:301–306.
- Charua-Guindic L y col. Seton de corte en el tratamiento de la fístula anal compleja. Cir Ciruj 2007; 75: 351-356.