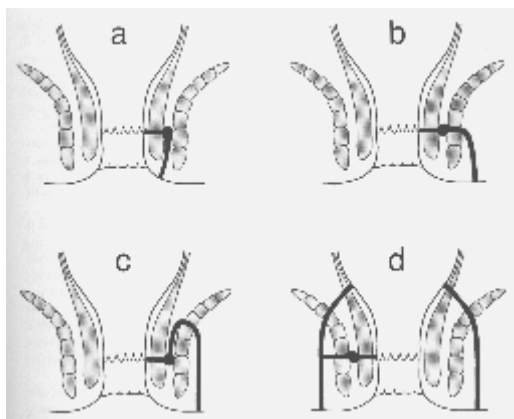


## FÍSTULAS DE ANO PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA

- a) La exploración básica en consultas consiste en decidir si la fístula es simple o compleja. Se considerará que la fístula es compleja cuando cumpla alguno de los siguientes requisitos: varios orificios externos, lejanía al margen de ano, presencia de absceso crónico supraelevador palpable al tacto, no palpación del trayecto bajo la piel perianal, trayecto paralelo al recto, afectación mayor al 30-50% del esfínter anal externo, factores de riesgo de incontinencia, o incontinencia actual, recidivas fistulosas y sospecha de enfermedad de Crohn etc). No se intentará forzar mediante estilete para localizar el orificio interno. Se prestará especial atención al tacto rectal para detectar cavidades supraelevadoras. Se intentará descartar la hidrosadenitis, seno pilonidal y Bartholinitis. Las fístulas se clasificarán según la clasificación de Parks. (FIGURA). A ella se pueden añadir las subcutáneomucosas (fisura-fístula, etc). Las extraesfinterianas no siguen la etiología criptoglandular de Parks, y su causa más frecuente es la yatrogenia al tratar otro tipo de fístula. También pueden ser secundarias a otros procesos (enfermedad inflamatoria, tumor, etc).
- b) La Ecografía se indicará en todas las fístulas Complejas, tanto para delinear el trayecto fistuloso, como para valorar la existencia de posibles cavidades de absceso y determinar la integridad esfinteriana previa a la cirugía. Se empleará un transductor de 7 o 10 Mhz y 360°, asociado a la inyección de agua oxigenada por el orificio fistuloso. La fibrosis es difícil de diferenciar de los trayectos.
- c) La Fistulografía tiene poco valor y no debe emplearse. La RM pélvica es de utilidad en fístulas multirrecidivadas, extraesfintéricas y en las asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal, para valorar la extensión perianal-perirrectal, o ante la sospecha de abscesos supraelevadores secundarios a patología abdominal. La manometría no es necesaria y sólo se utilizará en pacientes incontinentes, con muchos factores de riesgo o previamente intervenidos para tener valores de referencia.
- d) Los pacientes con fístulas simples no precisan preparación intestinal, y en casos seleccionados se pueden intervenir de forma ambulatoria bajo Anestesia local y sedación. Ante la sospecha de fístula compleja se preparará el colon (enema de fosfato o preparación anterógrada), y se administrará profilaxis antibiótica preoperatoria.
- e) En quirófano se definirá el trayecto fistuloso y el orificio interno mediante palpación, cuidadosa exploración con estilete, instilación de agua oxigenada o anoscopia y siguiendo la norma de Goodsall. Caso de comenzar la disección quirúrgica, perder el trayecto y no localizar el orificio fistuloso, es mejor retirarse que continuar, ya que se puede causar yatrogenia innecesaria. Probablemente en otra ocasión, el trayecto permeabilizado sea fácilmente reconocible. Lo mismo hay que decir del paciente que acude con un orificio externo cerrado, en el que no se palpa el trayecto ni el orificio interno. Es mejor suspender la intervención.
- f) Las fístulas simples se tratarán mediante fistulotomía, extirpando una porción externa a los esfínteres para biopsia en caso necesario, poniendo a plano el trayecto y legando su fondo. Esta técnica está indicada básicamente en fístulas interesfinterianas y transesfinterianas bajas. La fistulectomía secciona más cantidad de esfínter sin mejorar las recidivas, siendo además más lenta la cicatrización. La herida se dejará lo más plana posible.

- g) El nivel hasta donde pueden cortarse los esfínteres sin provocar incontinencia es difícil de determinar dados los numerosos factores que intervienen en esta función. La sección de toda la musculatura incluido puborrectal causa una incontinencia severa, pero el mantenimiento del asa puborrectal puede garantizar una aceptable continencia a sólidos. La sección de todo el esfínter anal interno produce escapes mucosos, a gases y nocturnos y ensuciamiento.
- h) En la disección del trayecto fistuloso hay que ir cerca del mismo para intentar lesionar pocas estructuras. Cuidado especial han de merecer los nervios pudendos que entran por la cara posterolateral del recto junto con el paquete vascular, y cuya lesión produce la parálisis de un hemiano.
- g) Las fistulas transesfinterianas altas, y fundamentalmente aquellas en pacientes con factores de riesgo e incontinencia previa, y también cuando se hizo colgajo de avance previo y existe fibrosis mucosa rectal, pueden tratarse mediante fistulectomía y reconstrucción esfinteriana simultánea siempre y cuando no exista contaminación franca o trayectos muy supurativos. La reconstrucción se hará en dos planos (mucosa+ esfínter interno) y esfínter externo con material monofilamento irreabsorbible o reabsorbible a largo plazo (000). La herida se dejará abierta para drenaje. Los cuidados postoperatorios serán los mismos que tras cirugía de la incontinencia anal.
- h) En casos en los que exista supuración franca en pacientes con fistulas altas, puede usarse un sedal pasado (seton). Se pasará un Vessel loop o un tubo de alimentación enteral infantil laxo, sin apretar al esfínter externo. Se controlará, y si epiteliza la mucosa por dentro, se podrá seccionar el mismo. En casos de Crohn, este hilo se podrá dejar colocado durante meses para drenaje. También puede colocarse un sedal para valorar tras la anestesia la masa esfinteriana que abarca el trayecto de la fistula, con lo que el esfínter incluido puede seccionarse posteriormente en Consultas o quirófano bajo anestesia local. Finalmente el hilo puede ajustarse sin apretar (*snug seton*), para sección lenta del esfínter.
- i) Las fistulas complejas pueden tratarse con legrado e inyección de pegamento de fibrina u otros biomateriales asumiendo una tasa baja de curación (14-30%) pero sin riesgo de incontinencia.
- j) En las fistulas transesfinterianas altas o supraesfinterianas, otra opción adecuada es la fistulectomía del trayecto externo, extirpación del orificio interno destechando el esfínter interno, cerrando con un punto el defecto resultante, y el descenso de un colgajo de avance mucoso-submucoso o mucoso-muscular para cubrir dicha reparación, con lo cual se respeta todo el esfínter. En las fistulas supraesfinterianas es muy frecuente la asociación a cavidades de absceso posteriores y estas deben drenarse y legrarse adecuadamente. Otra opción reciente es la ligadura del trayecto interesfintérico (LIFT).
- k) En las fistulas extraesfinterianas, puede seguirse el trayecto hasta llegar al recto y extirparlo en bloque, suturando el recto (*core out*). Esta técnica, de disección pegada al trayecto es también de utilidad cuando no se localiza el orificio interno, pues la disección nos puede conducir a él. En casos espeiales puede ser preciso un abordaje posterior tipo York-Mason.
- l) La colostomía derivativa no es necesaria salvo en casos muy puntuales de fistulas extraesfinterianas recidivadas.
- m) Fístulas rectovaginales. Las obstétricas deben repararse al menos 3-6 meses tras el parto para que se estimule la fibrosis, que ayuda a la colocación de suturas y para esperar a un posible cierre espontáneo que puede ocurrir en algún caso. La primera opción es la excisión endoanal del orificio interno, su cierre y el descenso de un colgajo de avance mucoso-muscular sobre él. La vagina se deja abierta para drenaje. Si no es posible el descenso, puede reconstruirse el defecto por planos. En casos multirrecidivados, radioterapia previa, enfermedad de Crohn, etc, puede emplearse la interposición del músculo bulbocavernoso descrita por Martzius, siempre y cuando la enfermedad esté controlada.
- n) Fístulas asociadas a radiación. Debido a su propia naturaleza tiene alto índice de recidivas. En las bajas conviene asociar un colgajo muscular interpuesto. Puede precisarse un estoma.

- o) Fístulas asociadas a SIDA. Su tratamiento depende de la inmunosupresión del paciente. Los abscesos deben drenarse, y en casos escogidos puede hacerse fistulotomía, pero hay que evitar grandes heridas y lesión esfinteriana. Puede ser una indicación del empleo de seton. No tratar las fístulas asintomáticas. Asociar siempre profilaxis antibiótica.
- p) Fístulas asociadas a enfermedad de Crohn. Hay que tratar médicamente de inicio. No siguen la etiología criptoglandular y por tanto pueden ser muchas extraesfinterianas. La fistulotomía es razonable en casos de fístulas bajas. En las altas: drenaje, sedal laxo para larga duración o cierre con colgajo, dependiendo de su nivel de continencia o estado de la enfermedad.



- a) Interesfinteriana  
 b) Transesfinteriana  
 c) Supraesfinteriana  
 d) Extraesfinteriana

#### BIBLIOGRAFIA BASICA.

1. Herold A, Lehur P, Matzel KE, O'Connell PR (Eds). Coloproctology. 2008. Berlín. Springer-Verlag.
2. Ortiz H. Abscesos y fístulas de ano. En: Guía de cirugía colorrectal. Asociación Española de Cirujanos. Ed. Arán. Madrid. 2011.
3. Roig JV, García Armengol J. Tratamiento de las fístulas de ano complejas. ¿Todavía se requiere un cirujano con experiencia? Cir Esp 2013; 91: 78-89
4. Schein M, Rogers PN, Assalia A (Eds). Schein's common sense emergency abdominal surgery. Heidelberg. Springer-Verlag 2010.
5. Steele, SR, Kumar R, Feingold, DL, Rafferty D, Buie WD. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano. Dis Colon Rectum 2011; 54: 1465-1474.
6. Wexner SD, Vernava III AM. Clinical decision making in colorectal surgery. New York, Igaku-Shoin Inc., 1996.
7. Williams JG, Farrands PA, Williams AB, Taylor BA, Lunniss PJ, Sagar PM, Varma MS, George B. Position Statements on Malignant Large Bowel Obstruction and Anal Fistula. ACPGIBI 2007.
8. Wolff B et al, Eds: The ASCRS Textbook of Colon and rectal Surgery. Springer-Verlag Eds, New York, 2007.