

Prevalencia y manejo de las Fistulas Anales: servicio de cirugía general del Hospital Central de las Fuerzas Armadas

Caballero Alejandro

Mansoncaballero87@icloud.com

Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas

Cardozo A. Hernando Raúl

raulcardozoarias@gmail.com

Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas

Fretes Amanda

amadafretes@hotmail.com

Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas

Ricardo Isaías Fretes

ricardof@rieder.net.py

Hospital de Clínicas- Facultad de Ciencias Médicas

Ingrid Melo

ingridmeloamaral@gmail.com

Hospital de Clínicas- Facultad de Ciencias Médicas

Asunción-Paraguay

RESUMEN

Introducción: Se define fistula anal como la comunicación anormal entre el conducto anorrectal y la piel y es un proceso infeccioso crónico que en su fase aguda forma un absceso anal. La mayoría de las fistulas anales tienen un origen criptoglandular. Después de un absceso anorrectal, el 7-40% de los casos evolucionan a una fase crónica manifiesta por fistula anal. Las fistulas se clasifican en simples y complejas. Las simples se definen como trayectos interesfinterianos o transesfinterianos en los que se identifica el orificio interno, por debajo del anillo anorrectal.

Metodología: El estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo, con muestreo no probalístico de casos consecutivos en pacientes admitidos al servicio de cirugía general del Hospital Militar Central durante el periodo 2017-2019. La muestra corresponde a 322 fichas de pacientes con enfermedades periorificiales.

Resultados: La prevalencia de fistula perianal en el servicio de cirugía del Hospital Militar Central fue del 28% , fue predominante en el sexo masculino en un 78%, la edad comprendida entre los 30 a 40 años fue la más afectada en un 60%. El trayecto fistuloso más frecuente fue el interesfinterico con el 61 %, seguido del trayecto transesfinteriano 26 %, Extraesfinteriano

9 % y por ultimo supraesfinteriano 4%. El 69% de los pacientes presentaron el antecedente de absceso anal. El método diagnóstico más utilizado fue la exploración física con un 79% seguido de la ecografía endoanal con un 13 % y resonancia magnética en un 8 %. La técnica más implementada fue la fistulectomía en un 63%. La tasa de recidiva fue de 9 % todas en fistulas complejas y de incontinencia anal en un 6%.

Conclusiones: Las fístulas anorrectales constituyen una patología frecuente en la consulta del cirujano coloproctólogo, con un 28 % de prevalencia en nuestro estudio, siendo así la segunda causa de consulta entre las patologías periorificiales en nuestro servicio, con una complejidad que es mal interpretada en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. El objetivo del tratamiento de las fístulas anorrectales no solo es curarla, sino además preservar la función de la continencia anal, minimizar los defectos de la cicatrización, ofreciendo al paciente una recuperación rápida, y evitar la recurrencia.

Palabras claves: Fistula perianal, absceso anal, fistulectomía, fistulotomía, setón, recidiva, incontinencia anal.

Prevalence and Management of Anal Fistulas: General Surgery service of the Central Hospital of the Armed Forces.

ABSTRACT

Introduction: Anal fistula is defined as the abnormal communication between the anorectal duct and the skin and is a chronic infectious process that forms an anal abscess in its acute phase. Most anal fistulas have a cryptoglandular origin. After an anorectal abscess, 7-40% of cases evolve to a chronic phase manifested by an anal fistula. Fistulas are classified as simple and complex. Simple ones are defined as intersphincteric or transsphincteric tracts in which the internal orifice is identified, below the anorectal ring.

Methodology: The study was observational, descriptive, retrospective, with non-probabilistic sampling of consecutive cases in patients admitted to the general surgery service of the Central Military Hospital during the period 2017-2019. The sample corresponds to 322 files of patients with periorificial diseases.

Results: The prevalence of perianal fistula in the surgery service of the Central Military Hospital was 28%, it was predominant in males in 78%, the age between 30 and 40 years was the most affected in 60%. The most frequent fistulous path was the intersphincteric path with 61%, followed by the transsphincteric path 26%, Extrasphincteric 9% and finally suprasphincteric 4%. 69% of the patients had a history of anal abscess. The most widely used diagnostic method was physical examination with 79% followed by endoanal ultrasound with 13% and magnetic resonance imaging in 8%. The most widely used technique was fistulectomy in 63%. The recurrence rate was 9%, all in complex fistulas and anal incontinence in 6%.

Conclusions: Anorectal fistulas are a frequent pathology in the consultation of the coloproctologist surgeon, with a 28% prevalence in our study, thus being the second cause of consultation among periorificial pathologies in our department, with a complexity that is misinterpreted in terms of its diagnosis and treatment. The goal of treating anorectal fistulas is not only to cure it, but also to preserve the function of anal continence, minimize healing defects, offering the patient a quick recovery, and avoid recurrence.

Key words: Perianal fistula, anal abscess, fistulectomy, fistulotomy, seton, recurrence, anal incontinence.

Artículo recibido: 25 enero 2021

Aceptado para publicación: 28 febrero 2021

Correspondencia: raulcardozoarias@gmail.com

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

1. INTRODUCCIÓN

Históricamente la fístula anal ha sido reconocida como un problema quirúrgico de difícil resolución (Eraz Muñoz 2018).

Las fístulas anorrectales constituyen una patología frecuente en la consulta del cirujano coloproctólogo, con una complejidad que es mal interpretada en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

Las fistulas anorrectales son más frecuentes en hombres que en mujeres la frecuencia de edad es entre los 30 y 50 años (Ascrs p 189, Pérez et al 2013).

Entre las causas que favorecen las fistulas anorrectales, se considera la infección criptoglandular, la obesidad, el tabaquismo y la diabetes. (Pérez et al 2013)

El objetivo del tratamiento de las fístulas anorrectales no solo es curarla, sino además preservar la función de la continencia anal, minimizar los defectos de la cicatrización, ofreciendo al paciente una recuperación rápida, y evitar la recurrencia.

A pesar de que en los últimos años se han intentado introducir mejoras técnicas para el tratamiento quirúrgico de las Fistulas peri anales, continúa sin haberse logrado un método que haya disminuido de forma significativa la tasa de recidiva manteniendo una mínima afectación de la continencia (Mali et al 2008). Esto es debido a que la curación espontánea de una FPA es infrecuente y el tratamiento curativo es quirúrgico, debiendo obedecer a 3 principios básicos: eliminación del TF, preservación de la continencia y prevención de la recidiva (Bleier et al 2011).

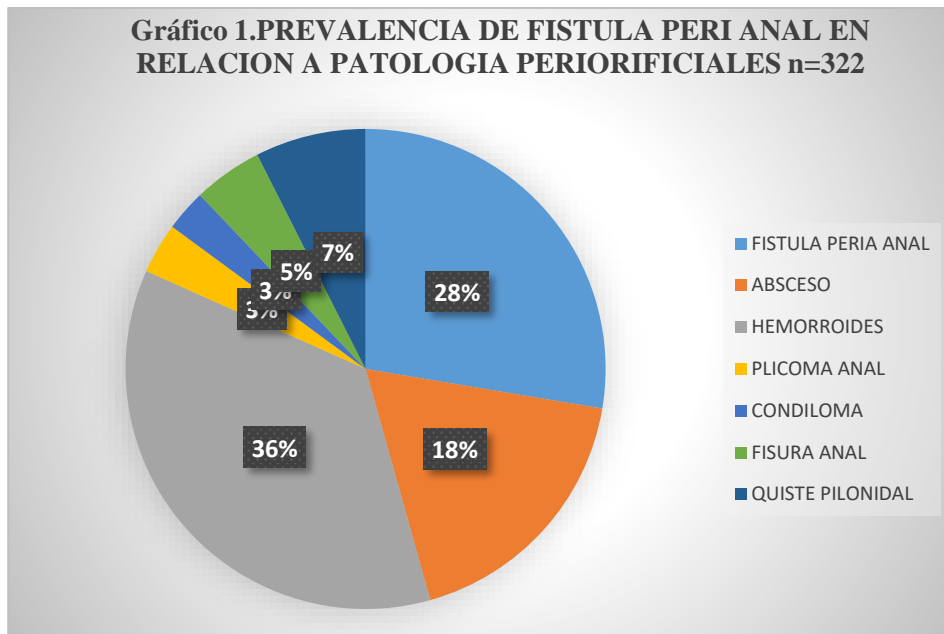
2. MATERIALES Y METODOS

Estudio Observacional Descriptivo de corte transverso y temporalmente retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico preoperatorio de fístula perianal intervenidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Central de las Fuerzas Armadas desde febrero del 2017 a diciembre de 2019. Las variables estudiadas fueron: características socio demográficas, tipo de fístula, trayecto fistuloso, método de diagnóstico, antecedentes patológicos o hábitos tóxicos, tipo de tratamiento quirúrgico, complicaciones, recidiva e incontinencia.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos. Los datos fueron recolectados a partir de las fichas de pacientes en el periodo establecido, consignados en una planilla electrónica elaborados con las variables necesarias para el estudio y luego fueron procesados y analizados por medio del paquete estadístico Epi Info.

3. RESULTADOS

Se incluyeron un total de las 322 fichas de pacientes que consultaron por patologías periorificiales, el diagnóstico de fistula perianal, se confirmó en 89 de ellos, lo que arroja una prevalencia de fistula perianal del 28 %. En relación con las demás patologías perianales, la de mayor prevalencia fue Hemorroides 36%. La frecuencia de las demás patologías perianales se presenta en el Grafico 1.

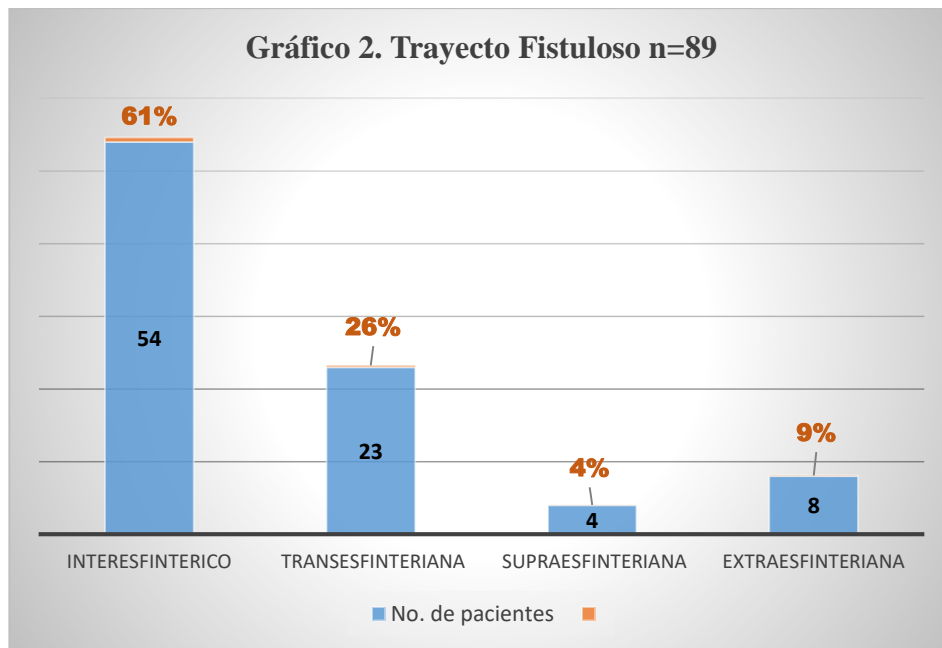


Fuente: archivo del Departamento de Cirugía General del Hospital Militar Central

En lo que se refiere a la distribución por género en los pacientes con fistula perianal, del total de 89 pacientes, el 78% pertenecían al sexo masculino y el 22% pertenecían al sexo femenino. La distribución por edad en los pacientes con fistula perianal, el grupo de mayor prevaecía pertenecen al grupo etario de 30 a 40 años con el 60%, seguido del grupo de 40-50 años con un 22%, grupo de 50- 60 años con un 10% y un 8% en el grupo de 20 a 30 años.

Otras variables analizadas fueron la que hacen relación a las patologías de base y a los hábitos tóxicos, donde encontramos pacientes con un 33% de Diabetes, 22% con obesidad, 19% con hábitos tabáquicos y un 26% sin patología de base.

De acuerdo a la clasificación de Parks el trayecto fistuloso más frecuente en el presente estudio fue el Interesfinterico con 61%, a continuación, se describen la frecuencia de los demás trayectos fistulosos. Grafico 2



Fuente: archivo del Departamento de Cirugía General del Hospital Militar Central

El método diagnóstico más frecuente fue la exploración física con un 79% seguido de ecografía endoanal 13% y la resonancia magnética en un 8%.

Con respecto al tipo de técnica quirúrgica utilizada en fistulas simples y fistulas complejas, las técnica más empleada fue la Fistulectomía que se ha utilizado en 56 pacientes, las demás técnicas quirúrgicas empleadas dependiendo de la localización se describen a continuación en la Tabla 1, Con respecto a las características de las fistulas perianales encontramos una incidencia de 54 pacientes con fistulas perianales simples y 35 pacientes con fistulas complejas. Del total de los pacientes operados se encontró un 9% de recidivas, y 6% de incontinencia fecal.

TABLA 1: Tipo de Técnica quirúrgica utilizada en fistulas N= 89

Trayecto	Total, de pacientes	Fistulectomía	Fistulotomía	Seton	Simple	Compleja
Interesfinterico	54	35	9	0	54	0
Transesfinteriana	23	19	2	2	0	23
Supraesfinteriana	4	0	4	4	0	4
Extraesfinteriana	8	2	6	6		8
TOTAL	89	56	21	12	54	35

Fuente: archivo del Departamento de Cirugía General del Hospital Militar Central

4. DISCUSION

Las fístulas anorrectales constituyen una patología frecuente en la consulta del cirujano coloproctólogo, la literatura nos indica que la incidencia es de 2 por 10,000/año (Ascrs 2019) en nuestro estudio la Prevalencia de fistula perianal en relación a pacientes que consultaron con patologías periorificiales nos arroja un resultado del 28%.

En nuestro servicio se han atendido en los últimos 3 años a un total de 89 pacientes con diagnóstico de fístula anal en donde se demostró que la gran mayoría de los pacientes pertenecen al sexo masculino con el 78% y una proporción menor al sexo femenino con el 22%. Concordando con los trabajos de Charrúa y et al (2004) y Pérez et al (2013).

El mayor promedio de edad se encuentra entre los 30 a 40 años con el 60% coincidimos con el manual de la sociedad americana de colon y recto en su tercera edición 2019 y al trabajo de Charrúa y et al (2004), en el que hacen mención que la mayor incidencia de edad corresponde a personas entre 30 y 40 años.

Coincidimos con el trabajo de Williams et al (2004), que hacen referencia a una revisión de Parks et al 1976, en la que fueron evaluados 400 pacientes, de los que el 45% correspondía a fístulas interesfinterianas, el 30% a transesfinterianas, el 20% a las supraesfinterianas y el 5% a las extraesfinterianas. Nuestras cifras son similares respecto a las fistulas interesfinteriana 61% y transesfinterianas 23%. Pero nuestra proporción de fistulas supraesfinteteriana y extraesfinteriana no coincide con la reportada por Parks et al (1976) teniendo una mayor proporción de 9% extraesfinteriana y por último supraesfinteriana con el 4%.

Dentro del proceso investigativo un dato relevante es la concordancia con la literatura mundial y el manual de la sociedad americana de colon y recto en su tercera edición 2019 donde describe que la formación de las fistulas anales está estrechamente relacionado con la teoría criptoglandular. En nuestra población seria de los 89 pacientes el 70% presentaron como antecedente absceso anal, en coincidencia con lo publicado por Rodríguez – Wong (2013) donde describe que la complicación de un absceso anal seria la formación de una fistula que representa el 60% de los casos en concordancia con nuestro estudio.

En cuanto a los estudios de diagnósticos solicitados en nuestra serie, solo al 13% de los pacientes se solicitó ultrasonido endoanal, y 8% Resonancia Magnética, ya que en nuestro servicio se solicitan solo si se sospecha de un diagnóstico de fistula compleja. En este sentido los reportes de la literatura mencionan que este tipo de estudios beneficia a los pacientes con

fistulas anales complejas o recurrentes teniendo un plan preoperatorio para su manejo. (Williams et al 2004).

En lo que hace referencia a las diferentes técnicas quirúrgicas, en la literatura mundial se menciona que la técnica de elección debería ser la fistulotomía por el menor índice de recidiva e incontinencia fecal, estas ventajas son más aparentes que reales, porque la persistencia del tejido infectado y la economía en la recepción representan un tratamiento incompleto con riesgo de reproducción de la fistula y formación de cicatriz defectuosa. En este sentido las cirugías que hemos realizado durante el periodo de estudio la técnica más frecuente fue la fistulectomía seguida de la fistulotomía y el uso del setón, en discrepancia con la literatura mundial que habla que la técnica de elección debería ser la fistulotomía por el menor índice de recidiva e incontinencia fecal, en nuestro estudio encontramos concordancia con el estudio de Charrúa y et al 2004 los cuales reportaron como la técnica más utilizada es la fistulectomía con porcentajes de recidivas e incontinencia fecal dentro de los porcentajes aceptados en la literatura mundial.

Del total de los pacientes operados la tasa de recidiva fue del 9% todas fistulas complejas, y el 6% presentaron algún grado de incontinencia, estos porcentajes se adecuan a la literatura mundial Charrúa et al (2004), Roig et al (2013), Vázquez et al (2013).

5. CONCLUSION

Las Fistulas Perianales constituyen una patología frecuente en la consulta del cirujano coloproctólogo, se recomienda un buen diagnóstico y tratamiento que controle el absceso perianal, que sería un factor predisponente al desarrollo de las fistulas. Dicha patología cuenta con una complejidad que es mal interpretada en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. El objetivo no solo es curarla, sino además preservar la función esfinteriana, evitar la recidiva y así ofrecer una pronta recuperación al paciente.

En lo que se refiere al tratamiento quirúrgico, concluimos que la elección dependerá de la experiencia del cirujano coloproctólogo y el tipo de trayecto fistuloso. En cuanto a la técnica quirúrgica mayormente recomendada era la Fistulotomía al ser menos invasiva y presentar menos tasa de recidiva, sin embargo en nuestro estudio la técnica más realizada fue la fistulectomía la cual presento una baja tasa de recidivas y complicaciones concordando con la literatura mundial previamente mencionada. Recomendamos la realización de estudios similares en diferentes servicios del país para desarrollar mayor evidencia científica al respecto y poder unificar el manejo de tan compleja patología.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Eras Muñoz E. (2018) Prevalencia de fístulas anorrectales en pacientes que son atendidos por el Servicio de Coloproctología del Hospital Guayaquil. Tesis de Maestría. Universidad de Guayaquil. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31017/1/ERAS%20MU%C3%91OZ%2C%20ESTEFANIA%20CAROLINA.pdf>
- The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. Springer New York. Estados Unidos. 3ra edición 2019 pág. 189-190 Disponible en <https://www.springer.com/gp/book/9783030011642>
- Pérez Escobedo SU, Jiménez Bobadilla B, Villanueva Herrero JA, (2013) Factores de riesgo asociados al desarrollo de fístula anal. Cir. gen [revista en la Internet]. Mar ; 35(1): 25-31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992013000100005&lng=es.
- Malik AI, Nelson RL.(2008) Surgical management of anal fistulae: a systematic review. Colorectal Dis. Jun; 10(5):420–430. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18479308/>
- Bleier JI, Moloo H. (2011) Current management of cryptoglandular fistula-in-ano. World J Gastroenterol; 17(28):3286–3291. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160531/>
- Charrúa Guindic, L., Osorio Hernández, R.M, Navarrete Cruces, T., Amador Cortés, R.E., Avendaño Espinosa, O. (2004), Manejo Quirúrgico de Fistula Perianal, Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México; 231-232 Disponible: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X0375090604241605>
- Williams JG, Farrands PA, Williams AB, Taylor BA, Lunniss PJ, Sagar PM, et al.(2007) The treatment of anal fistula: ACPGBI position statement. Color Dis. Oct; 9 (4):18–50. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17880382/>
- Park AG, Ph Gordon and J. D. Hardcastle, (1976) A Classification of Fistula – In. Ano, The British Journal Of Surgery; 63:1- 12 Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1267867/>

- Rodríguez- Woing U. (2013) Artículos Abscesos Revista Hosp Juares México abscesos y Fistulas anorrectales 2013 Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134f.pdf>
- Jarquín Vázquez D, (2013) fistula anal, experiencia de cinco años en el servicio de coloproctología del hospital general de México” julio del 2013 disponible en <http://132.248.9.195/ptd2013/agosto/0698910/0698910.pdf>
- Roig Vila J.V., García Armengol J. (2013) Tratamiento de las fístulas de ano complejas de causa criptoglandular ¿Aún se requiere un cirujano con experiencia?; 91(2):78-89 Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4149931>