

## Originales

# Manejo de la fístula perianal en régimen de cirugía mayor ambulatoria

*Management of perianal fistula in outpatient surgery*

J.D. Turiño-Luque, M. Pérez-Reyes, A.J. Cabelo-Burgos, J. Rivas-Becerra, A.Á. Bayón-Muñiz, A. Martínez-Ferriz, J. Santoyo-Santoyo

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General Aparato Digestivo y Trasplante. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. Sección Cirugía Mayor Ambulatoria Y Corta Estancia Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

**Premio mejor comunicación presentada  
en el XV Congreso de la ASAC  
del 20 al 22 de junio de 2018 en Ronda (Málaga)**

## RESUMEN

**Introducción:** la fístula anal se define como un trayecto que comunica el interior del canal anal con la piel perianal. Su origen puede ser multifactorial. Su complejidad viene determinado por la relación con la musculatura esfinteriana y factores interpersonales (enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, etc.). El tratamiento de elección es quirúrgico, existiendo gran variedad de técnicas (fistulotomía, fistulectomía, setón, LIFT, etc.), con posibilidad de complicaciones importantes (incontinencia).

**Material y métodos:** estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de fístula perianal desde 2015 a 2017 registrándose aspectos demográficos, tipo de fístula, tratamiento, complicaciones postquirúrgicas y régimen de intervención (ingreso vs. cirugía mayor ambulatoria).

**Resultados:** se incluyeron 151 pacientes, sometidos a 176 procedimientos, mayoritariamente fueron varones (74,2%) con mediana de edad de 48 años (DS±13,605). La mayoría de las fístulas se encontraron en el cuadrante inferior izquierdo con paciente en posición de litotomía, predominando el trayecto radial y un mayor porcentaje de diagnóstico postoperatorio de fístulas transesfinterianas de canal anal bajo. La técnica quirúrgica más empleada fue la fistulotomía y/o fistulectomía, seguido de colocación de setón (especialmente en el caso de fístulas complejas). El manejo del procedimiento en el 89,8% de los casos fue en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

**Conclusiones:** la fístula perianal es una patología prevalente compleja pero que en manos de cirujanos proctológicos es factible en régimen de CMA. La fistulotomía y fistulectomía asociada o no a la colocación de setón, siguen siendo las técnicas de elección, con baja tasa de complicaciones.

**Palabras clave:** fístula perianal, tratamiento, cirugía mayor ambulatoria.

### CORRESPONDENCIA

Jesús Damián Turiño Luque  
Hospital Regional Universitario de Málaga  
29005 Málaga  
[jesusdtl@yahoo.es](mailto:jesusdtl@yahoo.es)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Turiño Luque JD, Pérez Reyes M, Cabelo Burgos AJ, Rivas Becerra J, Bayón Muñoz AÁ, Martínez Ferriz A, et al. Manejo de la fístula perianal en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Cir Andal. 2019;30(1):141-45.

## ABSTRACT

**Background:** the anal fistula is defined as an abnormal communication between the epithelialized surface of the anal canal and the perianal skin. The aetiology of fistula is multifactorial. The degree of complexity is determined by the relation between the sphincter musculature and personal factors (inflammatory bowel disease, acquired immunodeficiency syndrome, ...). Surgery is the treatment of choice, there are a variety of techniques (fistulotomy, fistulectomy, seton, LIFT, core out, ...), there may be important complications like incontinence.

**Material and methods:** a descriptive study of patients with perianal fistula diagnosed from January 2015 to December 2017 was developed, including: demographic characteristics, type of fistula, treatment, postsurgical complications and intervention regime (admission vs. outpatient surgery).

**Results:** a total of 151 patients were included, with a total of 176 procedures, mainly males (74.2%) with a median age of 48 years (SD±13.605). Most of the fistulas were found in the left lower quadrant with the patient in the lithotomy position, mainly the radial path and a higher percentage of postoperative diagnosis of transsphincteric fistulas on the lower anal canal. Fistulotomy and/or fistulectomy were the most used surgical technique, followed by the placement of a seton (especially in the case of complex fistulas). 89.8% of the cases were suitable for outpatient surgery.

**Conclusion:** perianal fistula is a complex pathology but the proctologic surgeons can treat it in ambulatory major surgery regimen. The treatment of choice are fistulotomy and fistulectomy with or without seton, with a low rate of complications.

**Keywords:** anal fistula, treatment, outpatient surgery.

## INTRODUCCIÓN

La fístula anal representa un trayecto entre dos superficies epiteliales, y suele manifestarse tras la aparición de un absceso o foco supurativo a nivel endoanal. Habitualmente presentan un orificio fistuloso externo (OFE) a nivel de la piel perineal y otro orificio fistuloso interno (OFI) a nivel de la mucosa del canal anal o el recto inferior<sup>1-3</sup>.

Su origen puede deberse a causas específicas (traumatismos, cuerpos extraños, enfermedades inflamatorias intestinales, etc.) o inespecíficas (teoría criptoglandular) por la obstrucción de una glándula anal, su sobreinfección y consecuentemente abscesificación, drenando externamente su contenido y conformando dicho trayecto que posteriormente se cronifica en el tiempo<sup>4</sup>.

Se clasifican según su relación con las estructuras musculares del canal anal, y en especial con el esfínter anal externo (clasificación de Parks) en: interesfinterianas, transesfinterianas, supraesfinterianas y extraesfinteriana, a las que posteriormente se le añadieron las superficiales o subcutáneas<sup>3,5,6</sup>.

Pueden dividirse en simples o complejas, estas últimas asociadas a mayor riesgo de recidiva o de trastorno de la continencia. Se

consideran dentro de este grupo: fístulas transesfinterianas de canal medio-alto y supraesfinterianas; fístulas anteriores en mujeres o en pacientes con problemas de continencia, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedad inflamatoria intestinal; fístulas recidivadas o con múltiples trayectos fistulosos o cirugía previa por este mismo motivo<sup>2,3</sup>.

El síntoma más común es dolor localizado (absceso agudo)<sup>7</sup>, aunque también puede ser completamente asintomático<sup>8</sup>.

Para su diagnóstico es fundamental una historia clínica así como una exploración física adecuada que persigue detectar no solo el OFE a la inspección sino la palpación del trayecto fistuloso así como del OFI<sup>2</sup>. Como pruebas complementarias se puede solicitar la realización de una fistulografía, ecografía endoanal y la resonancia nuclear magnética<sup>4</sup>.

El tratamiento de elección es quirúrgico, consistente en la demostración quirúrgica del orificio primario, del trayecto fistuloso principal y de los posibles trayectos secundarios, preservando la función esfinteriana<sup>9</sup>. Existe una amplia variedad de técnicas (fistulotomía, fistulectomía, setón, LIFT, core out, etc.), si bien supone un reto en la actividad diaria del cirujano por: su elevada prevalencia, las complicaciones postoperatorias, el riesgo de recurrencia (muy variable según la técnica empleada) y de incontinencia<sup>2,4,6,9,10</sup>. Todo ello conlleva que el manejo sea complejo<sup>7</sup>.

El objetivo del presente estudio es conocer el manejo de la fístula perianal en régimen de CMA y sus resultados en base a las técnicas empleadas en su manejo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico preoperatorio de fístula perianal intervenidos en nuestra unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2017.

Se realizó un registro prospectivo de las variables del estudio: características demográficas, patología y técnica quirúrgica, estancia, complicaciones postoperatorias, causa de pernocta no planificada y revisión en consulta, mediante su registro en el programa SPSS 15.0 (IBM Statistics). Se consideraron diferencias estadísticamente significativas para valores de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 165 pacientes con diagnóstico preoperatorio de fístula perianal, que fueron sometidos a un total de 192 procedimientos, siendo excluidos 14 pacientes (16 procedimientos) por: 11 procedimientos con ausencia de datos relativos a las características de la fístula o al tratamiento de la misma, 2 fístulas rectovaginales y 3 pacientes con ausencia de fístula. La distribución por sexos mostró un predominio en varones ( $n=112$ ; 74,2%) siendo la mediana de edad global de 48 años (DS±13,605) y un rango que osciló entre los 22 y 82 años (**Tabla 1**).

**Tabla 1. Características demográficas por sexo.**

	Hombre (n=112)	Mujer (n=39)	p
<b>Edad</b>	50,11 (DS±13,914)	46 (DS±12,337)	0,105
<b>IMC</b>	29,58 (DS±5,686)	27,55 (DS±4,767)	0,104
<b>ASA</b>			0,497
I	26 (31,7%)	9 (32,1%)	
II	50 (61%)	18 (64,3%)	
III	5 (6,1%)	0	
s/d	1 (1,2%)	1 (3,6%)	
Lista de abreviaturas: <b>IMC</b> : índice de masa corporal; <b>ASA</b> (estratificación riesgo anestésico); <b>s/d</b> : sin definir.			

El régimen de manejo de dicha patología en nuestra unidad fue mayoritariamente ambulatorio en el 89,8% de los procedimientos (n=158), situándose la mediana de la estancia hospitalaria en 0 días (DS±0,57) con un rango entre 0-3 días.

La distribución de los pacientes en régimen de ingreso frente CMA no respondió a diferencias en la mediana de edad (ingreso 51 años DS±18,185 vs. CMA 48 años DS±12,976; p=0,997); por el índice de masa corporal (ingreso 30,77 DS±4,508 vs. CMA 27,71 DS±5,583; p=0,14); por complejidad de la fistula (fistulas complejas en CMA 17,1% vs. ingreso 22,2% p=0,293), respondiendo fundamentalmente a criterios particulares del paciente (distancia a domicilio, toma de anticoagulantes, no acompañante, etc.).

En cuanto al tipo de anestesia administrada en los procedimientos realizados en régimen de cirugía mayor ambulatoria (n=131), el 54,2%

de los casos (n=71) se realizó bajo anestesia general y los restantes (n=60) con anestesia loco-regional. En el primer grupo 7 pacientes precisaron de ingreso (9,9%) frente a 8 pacientes del segundo grupo (13,3%) no siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p=0,534).

Comparamos la infiltración de los nervios pudendos como medida de control sintomático. Entre los 110 procedimientos con dicho registro encontramos en 51 casos (46,4%) se llevó a cabo dicha técnica con levobupivacaína al 0,5% frente a 59 en los que no se realizó (53,6%). En los pacientes que se realizó esta técnica tan sólo 4 (7,8%) fueron causa de pernocta no planificada frente a los 11 (18,6%) en los que no se realizó el bloqueo, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (p=0,1). Si bien al realizar un análisis individualizado de todos los casos encontramos que los tres pacientes que ingresaron por dolor postoperatorio, en ninguno de los casos se le había realizado el bloqueo nervioso.

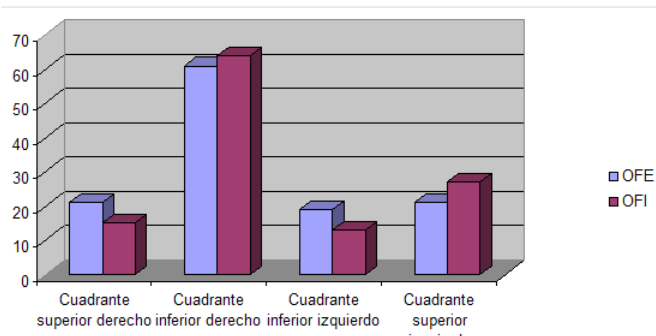
La tasa de pernocta no planificada se situó en un 11,4% (n=18 procedimientos). El 66,7% (n=12) de estas pernoctas fueron debidas a problemas de índole médico: mareos y/o vómitos (27,7%, n=5); dolor (16,7%, n=3); retención urinaria (16,7%, n=3); a petición del paciente (11,1%, n=2); cirugía compleja (5,5%, n=1). En 4 casos no hubo registro del motivo.

Las características de las fistulas, su complejidad y el tratamiento realizado a las mismas se presentan en la **Tabla 2**.

La distribución de los orificios fistulosos externos (n=126) e internos (n=121), considerando al paciente en posición de litotomía, demostraron una disposición fundamentalmente en la hemicircunferencia posterior (**Figura 1**). El trayecto radial de la fistula es el más frecuente 93,2% (n=92, sobre 98 registros).

**Tabla 2. Distribución según características de las fistulas y su tratamiento.**

Tipo	Fistulotomía y/o fistulectomía	Fistulotomía y/o fistulectomía + setón	Setón	Otros*	n (%)
<b>Subcutáneas</b>	45	0	0	0	45 (25,6%)
<b>Interesfinterianas</b>	12	1	0	0	13 (7,4%)
<b>Transesfinterianas</b>					
• Canal anal bajo	68	8	7	2	85 (48,3%)
• Canal anal medio	15	6	2	3	26 (14,7%)
• Canal anal alto	0	2	1	1	4 (2,3%)
<b>Supraesfinterianas</b>	0	1	2	0	3 (1,7%)
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>176</b>
<b>Complejidad</b>					
• Simple	136	5	1	3	145 (82,4%)
• Compleja	5	12	11	3	31 (17,6%)
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>176</b>
* Lift, Plug, Core-out					



**Figura 1** Localización orificios fistulosos.

Sobre el total de procedimientos (n=176), el 80,11% de las lesiones fueron tratadas mediante fistulotomía y/o fistulectomía (n=141), en un 9,66% (n=17) de los procedimientos se asoció a la técnica anterior la colocación de un setón. En las lesiones catalogadas como complejas (n=31) la intervención principal se acompañó de la colocación de un setón en el 74,19% de los casos (n=23) y en la mitad de ellos (n=12) se realizó una fistulotomía o fistulectomía parcial de la lesión. En menor medida se realizaron: LIFT (n=2), Core-Out (n=2) y plug (n=2).

En los pacientes que presentaban una fistula de tipo subcutánea (n=45) en la primera revisión en consulta fueron alta el 84,4% (n=38), uno precisó de seguimiento por incontinencia leve, otro paciente presentó recidiva y motivó nueva inclusión en lista de espera quirúrgica y un tercero presentaba hipertonia esfinteriana y fue alta en la segunda revisión. Un paciente refirió en esta primera consulta la necesidad de curas en centro de salud por infección local y otro un episodio de sangrado autolimitado. Cuatro pacientes no acudieron al seguimiento de la primera visita.

En las fistulas interesfinterianas y transesfinterianas de canal anal bajo (n=89) el principal procedimiento realizado fue la fistulectomía y/o fistulotomía en el 89,9% (n=80), en ocho casos se empleó setón laxo (9%), y en uno se realizó un LIFT (1,1%). La tasa de curación en primera visita para la fistulotomía y/o fistulectomía fue del 78,75% (n=63) y del 100% en el único paciente en el que se realizó el LIFT. En tres (37,5%) de los ocho procedimientos que precisaron de colocación de setón fueron dados de alta, sin retirada del mismo, por las comorbilidades de los pacientes (sexo mujer y edad avanzada) y el resto fue incluido en lista de espera quirúrgica. Las complicaciones encontradas en esta serie de procedimientos fueron: cinco infecciones locales (5,6%, si bien fueron todos alta en la segunda revisión), cuatro recidivas (4,49%, de las cuales tres fueron nuevamente incluidas en lista de espera), una hipertonia esfinteriana (1,12% dado de alta en la segunda revisión) y una incontinencia leve (1,12% recuperado con ejercicio de rehabilitación perianal). Los seis pacientes restantes no acudieron a revisión en consulta programada.

En las fistulas transesfinterianas de canal anal medio-alto y supraesfinterianas (n=42) el principal procedimiento realizado fue la colocación de un setón laxo en el 52,4% (n=22) si bien la mitad de estos llevaron asociado una técnica de fistulotomía y/o fistulectomía parcial (n=11). En 16 procedimientos el tratamiento realizado fue una fistulectomía y/o fistulotomía (38,1%) y en los restantes cuatro procedimientos se realizó: un LIFT (1,1%), un Core-out y dos Plugs. En

este grupo de procedimientos la tasa de curación en primera visita fue del 81,2% (n=13) para los pacientes sometidos a fistulotomía y/o fistulectomía y del 100% para el único sometido a LIFT. Las complicaciones encontradas en esta serie de procedimientos fueron: dos incontinencias, una leve a gases tras fistulectomía resuelta en segunda revisión, mientras que la segunda precisó de intervención quirúrgica; un paciente refirió dolor postoperatorio asociado a fistulotomía con resolución del mismo en segunda revisión; un absceso perianal asociado a plug y una recidiva asociada a este mismo procedimiento; una infección local asociada a fistulotomía resuelta con curas locales. De los pacientes portadores de setón, nueve (40,9%) fueron incluidos para la retirada de los mismos y cirugía resectiva, el resto permanecieron en seguimiento. En dos casos los pacientes no acudieron a revisión en consulta.

## DISCUSIÓN

En este trabajo resulta paradójico la escasez de diagnósticos de fistulas interesfinterianas (n=13; 7,4%) frente al mayor porcentaje de fistulas transesfinterianas del canal anal bajo (n=85; 48,3%) algo que contradice a la bibliografía (1), y que podría responder a una clasificación incorrecta de las mismas en el momento de la cirugía pudiendo tratarse muchas de las transesfinterianas de carácter interesfinteriano.

En nuestra serie el principal procedimiento empleado en el manejo de la fistula subcutánea o en la perianal simple fueron técnicas resectivas (fistulectomía y/o fistulotomía) con una tasa de curación en primera revisión del 84,4% y del 78,75% respectivamente, similares a los reportados por Göttens<sup>10</sup>, pero ligeramente inferiores al 90% presentado en otras series<sup>3,11,12</sup>, si bien estos porcentajes mejoran si excluimos los pacientes que no acudieron a revisión en consulta (92,7% y 85,1% respectivamente) y llegando al 97,6% en las subcutáneas y al 94,6% en las fistulas simples considerando los pacientes dados de alta en segunda revisión (infección de herida, hipertonia esfinteriana o incontinencia leve), valores más acordes a los referidos.

En el caso de las fistulas complejas la tasa de curación con las técnicas resectivas fue del 62,5% (n=10), y si bien dos pacientes (12,5%) presentaron incontinencia, tan solo uno de ellos (6,25%) precisó de tratamiento quirúrgico para mejorar la continencia.

En cuanto a las técnicas conservadoras del aparato esfinteriano, si bien nuestra experiencia es muy limitada, obtuvimos malos resultados en los pacientes en los que se optó por la colocación de plugs (abscesos perianales y recidiva de la fistula), siendo estas las complicaciones más frecuentes asociada a la técnica<sup>3</sup>. Sin embargo en la técnica LIFT en los dos pacientes aplicados la tasa de curación fue del 100% en primera revisión, si bien uno de los pacientes se intervino veinte meses después de una nueva fistula transesfinteriana del canal anal bajo adyacente a la previa. Pese a ello y nuestra baja experiencia en su uso, es un arma más en el tratamiento de este tipo de patología, tanto formas simples como complejas<sup>3</sup>.

Finalmente el empleo de setón laxo, especialmente en las fistulas complejas, permite obtener buenos resultados tanto de curación sin asociar la temida incontinencia. De los pacientes reintervenidos en el periodo de estudio portadores de este tipo de setón siete pudieron

ser sometidos a una cirugía resectiva con alta en consulta, y tan sólo dos precisaron de mantener el setón durante más tiempo y aún están pendientes de una cirugía final. En ningún caso estos siete pacientes desarrollaron problemas de incontinencia, ni recurrencia en el periodo de seguimiento. Por lo tanto, y en nuestra experiencia, el empleo de un setón laxo es una técnica segura en el manejo de las formas complejas, en consonancia con la bibliografía reciente<sup>13</sup>.

Consideramos varias las limitaciones de nuestro estudio. Por un lado, el corto periodo de seguimiento de los pacientes así como del estudio que nos permita conocer el verdadero desenlace de la cirugía años después de realizada, si bien, al ser nuestro centro referencia, consideramos que los pacientes que pudiesen haber desarrollado cualquier problema postquirúrgico en el tiempo serían derivados desde su centro de salud a nuestra unidad, habrían entrado en la base de datos y por tanto identificado la posibilidad de complicaciones tardías (recurrencia, incontinencia, etc.). El hecho de que el estudio observacional retrospectivo, no registramos la situación basal del paciente previo a la cirugía, y cómo esta ha podido afectar a la funcionalidad real del paciente.

## CONCLUSIONES

En nuestra experiencia el manejo de la fistula perianal es complejo, existiendo un amplio abanico de posibilidades, si bien su manejo en régimen de CMA es factible y con buenos resultados en manos de cirujanos proctológicos. La fistulotomía asociada o no a la realización de una fistulectomía siguen siendo las técnicas de elección en la fistula perianal simple con alta tasa de curación y baja tasa de incontinencia, en el caso de la fistula perianal compleja la opción del sedal laxo es primordial para conservar la funcionalidad esfinteriana.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barredo C, Leiro F. Abscesos y fistulas perianales. In: Galindo F, editor. *Cirugía Digestiva*: Pontificia Universidad Católica Argentina; 2009. p. 1-11.
- De Miguel-Velasco M, Oteiza-Martínez F. Abscesos y fistulas anales. In: Ortiz-Hurtado H, editor. *Cirugía Colorrectal*. 2ª ed. Madrid: ARAN Ediciones SL; 2012. p. 86-96.
- Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM, Saclarides TJ, Feingold DL, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2016;59(12):1117-33.
- Barth X, Tissot E, Monneuse O. *Traitement chirurgical des suppurations de la région anale*. EMC. París: Elsevier Masson SAS; 2009. p. 40-690.
- Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg*. 1976 Jan;63(1):1-12.
- Leandro-Correa A, Werenitzky M, Baistrocchi H, Baistrocchi J. "Ley de Goodall". ¿Mito o Realidad? *Revista Argentina de Cirugía*. 2013;24(4):176-80.
- Nelson H. Ano. In: Townsend C, Beauchamp R, Evers B, Mattox K, editors. *Sabiston Tratado de Cirugía Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna*. 19ª ed. Barcelona: Elsevier Saunders; 2013. p. 1381-410.
- Domínguez A, Pitrella A, Noceti M. Fistulas perianales: caracterización con resonancia magnética. *Revista Argentina de Radiología*. 2017;81(2):129-34.
- Charúa-Guindic L. Fistula anal. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2007;70(2):85-92.
- Gottgens KW, Janssen PT, Heemskerk J, van Dielen FM, Konsten JL, Lettinga T, et al. Long-term outcome of low perianal fistulas treated by fistulotomy: a multicenter study. *Int J Colorectal Dis*. 2015 Feb;30(2):213-9.
- Hall JF, Bordeianou L, Hyman N, Read T, Bartus C, Schoetz D, et al. Outcomes after operations for anal fistula: results of a prospective, multicenter, regional study. *Dis Colon Rectum*. 2014;57(11):1304-8.
- Abramowitz L, Soudan D, Souffran M, Bouchard D, Castinel A, Suduca JM, et al. The outcome of fistulotomy for anal fistula at 1 year: a prospective multicentre French study. *Colorectal Dis*. 2015;18(3):279-85.
- Rosen DR, Kaiser AM. Definitive seton management for transsphincteric fistula-in-ano: harm or charm? *Colorectal Dis*. 2015;18(5):488-95.