

# Fístulas Anales

JORGE ARTURO SANCHEZ S.\*  
JAIME ESCOBAR TRIANA\*\*  
EDGAR SASTRE\*\*\*  
ERNESTO URDANETA V.\*\*\*

## INTRODUCCION

La fístula anal, si bien aparentemente banal, es una entidad con tendencia a la cronicidad que suele pasar muchas veces desapercibida en el examen médico general y que en no pocas oportunidades recibe manejos inadecuados que contribuyen a perpetuar la afección hasta que aparecen las complicaciones que obligan a la hospitalización implicando costos y un período de incapacidad laboral, no siempre despreciables. Presentamos la actualización de la casuística en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá y revisamos algunos aspectos importantes de la enfermedad.

Los primeros informes sobre la fístula anal aparecen en la literatura médica de las antiguas civilizaciones de Grecia y Egipto. Desde entonces, el tratamiento de dicha entidad ha sido ampliamente debatido, debido a la importancia de mantener intacta la función esfinteriana, pues ya desde Hipócrates se conocen las consecuencias funestas de su alteración.

A pesar de que el conocimiento de la enfermedad se remonta a las épocas mencionadas, fue sólo hasta 1878 cuando gracias a los informes de Chiari, se

comprendió la importancia de las glándulas anales en la patogénesis de la fístula. Posteriormente, en 1934 Milligan y Morgan realizaron la primera descripción clara de esta lesión sobre una base anatómica, resaltando la importancia del músculo puborectal en la función del esfínter anal, dato que aunque sin un conocimiento anatómico adecuado, ya había sido mencionado por Percival Pott en 1765 cuando describió el tratamiento quirúrgico de la fístula alta.

## MATERIALES Y METODOS

Se revisó el material estadístico de Historias clínicas y descripciones quirúrgicas en el lapso comprendido entre 1970 y 1980. De la casuística general, sólo incluimos en el presente estudio 59 casos que llenaron todos los requisitos para su completo análisis, de acuerdo a las pautas inicialmente trazadas por nosotros, en la búsqueda de una información fidedigna. Otros casos no incluidos, carecían de los datos que pretendíamos averiguar y por ello fueron descartados.

## RESULTADOS

El 78% de las fístulas anales fueron encontradas en el sexo masculino (46 casos) y sólo un 22% en el femenino (Fig. 1). Se atendieron pacientes de todas las

\* Residente III Cirugía Gral.

\*\* Profesor Titular de Cirugía.

\*\*\* Interno - Servicio Cirugía

**FISTULA ANAL**

Sexo

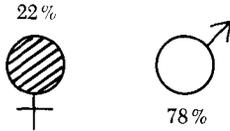


Figura No. 1

En 32 de los 59 casos (54%) apareció en algún momento la formación de un franco absceso anal, como manifestación de la fístula original. Las fisuras anales se hallaron en dos casos y se describió un antecedente traumático anal en tres pacientes (uno de ellos había recibido una cornada por un toro, otro sufrió una lesión ano-rectal al caer sentado, finalmente el tercero sostenía un trauma anal repetido de tipo homosexual (Fig. 3).

edades, pero fue mayor la consulta durante la tercera y cuarta décadas (Fig. 2). Nos parecía especialmente importante indagar por los antecedentes que tuvieran relación en la aparición de la lesión fistulosa, encontrando que un 67% padecían simultáneamente de hemorroides, siendo en su gran mayoría tratados quirúrgicamente para las dos afecciones. Esta asociación dificultó un poco, como se verá más adelante, el determinar con precisión cuáles síntomas se debían a la fístula y cuáles a la presencia adicional de los hemorroides.

**FISTULA ANAL**  
Asociación Patológica

|             |     |
|-------------|-----|
| Hemorroides | 67% |
| Trauma Anal | 5%  |
| Fisura Anal | 3%  |

Figura No. 3

En cuanto al hábito intestinal, buena parte afirmaban tener una frecuencia fecal diaria, pero la gran mayoría de las Historias no consignaban datos sobre el particular.

**FISTULA ANAL**

Edad

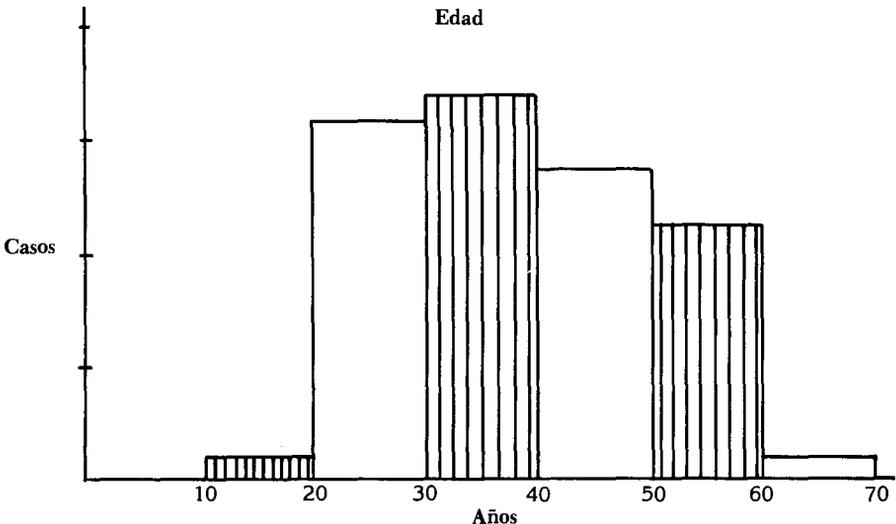


Figura No. 2

Es bien conocida la asociación de la fístula anal a otras entidades patológicas, como por ejemplo la TBC. En la presente serie sólo descubrimos un caso de TBC pulmonar, pero sin manifestaciones —al menos aparentes— de tipo gastrointestinal. En otro paciente se descubrió una condilomatosis anal, al consultar éste por las molestias creadas por la fístula. Un paciente había tenido poco tiempo atrás, una resección quirúrgica para un quiste pilonidal, sin que aparentemente haya existido una relación directa con esta lesión de vecindad.

Un hecho protuberante que concuerda con todas las series de la literatura mundial, es la cronicidad de los síntomas antes de recibir el tratamiento adecuado. Generalmente pasan varios años antes de que el paciente se decida a consultar ó a que el médico descubra la lesión en el examen de rutina. Esto es especialmente notorio por la mezcla entre tabú y pudor por la zona anogenital. Vimos el caso más prontamente diagnosticado, a los dos meses y el más tardío a los 30 años de padecimiento.

Los síntomas referidos en el momento de la consulta, aparecen en la figura 4, siendo como se ve casi universal la secreción, acompañada de dolor y/o prurito. Los casos de rectorragia se presentaron en pacientes con hemorroides simultáneas.

**FISTULA ANAL**

**Síntomas**

|                |     |
|----------------|-----|
| Secreción      | 84% |
| Dolor          | 72% |
| Prurito        | 31% |
| Rectorragia    | 13% |
| Cuerpo Extraño | 10% |
| Fiebre         | 7%  |
| Estreñimiento  | 6%  |

Figura No. 4

El diagnóstico fue fundamentalmente hecho por inspección y anoscopia. Un poco más de la mitad de los casos (59%) tuvieron rectosigmoidoscopia, aunque creemos que ha debido hacerse a todos en busca de otras lesiones benignas o malignas de localización más alta. A cuatro pacientes se les practicó colon por enema y dos fueron sometidos a fistulografía para descartar un origen más distal del trayecto fistuloso (mencionamos el caso de un paciente con una artritis séptica de cadera que presentó un gran absceso anal y que gracias a la inyección del medio de contraste se logró comprobar que la fístula se originaba en el ano y no en el foco articular como se alcanzó a sospechar).

Antes de consultar al hospital, 35% ya habían recibido antibióticos automedicados ó prescritos por médico ó farmacéuta para su problema fistuloso. Un 35% también, habían tenido drenajes espontáneos ó drenajes quirúrgicos practicados parcialmente, sin resección completa de la lesión, practicados en forma extrahospitalaria. El 9% había sido sometido ya a fistulectomía anal para la misma ó para otra lesión similar previa. Algunos otros habían sido sometidos a tratamientos empíricos e incluso folclóricos, como el caso de un paciente a quien se había recomendado tratamiento a base de “quemaduras solares”. (Fig. 5).

De los 59 casos, a 56 se les practicó fistulectomía y cierre por segunda inten-

**FISTULA ANAL**

**Tratamientos previos**

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Antibióticos                     | 35%    |
| Drenajes Parciales ó espontáneos | 35%    |
| Fistulectomía                    | 9%     |
| “Quemaduras Solares”             | 1 caso |

Figura No. 5

ción, intentando el cierre primario en sólo uno de ellos. Un paciente se trató con fistulotomía y uno no recibió tratamiento pues abandonó el hospital antes de ser intervenido.

La localización de la fístula no se precisó con exactitud en por lo menos un 63% de los pacientes y en los restantes se catalogó en distintas formas y bajo diferentes clasificaciones y por ello no pueden agruparse para su recuento estadístico. Se detectó y trató sólo una fístula en herradura.

La estancia hospitalaria estuvo entre tres y diez días, según la complejidad y complicaciones de la fístula. Los resultados a corto plazo fueron satisfactorios, pero el control posterior no pudo precisarse en la inmensa mayoría. Se presentó en el postoperatorio un absceso pararectal, así como un caso de incontinencia. Tres pacientes recidivaron en su sintomatología.

### COMENTARIOS

En todas las series que tratan sobre el problema de la fístula anal se coincide en asignar una mayor incidencia significativa a los hombres, sin que se pueda dar una explicación valedera. Así mismo, se atribuye a las mujeres una mayor tendencia a las fístulas complicadas. La edad no parece influir mucho sobre su aparición. Creemos, en cambio, que otros factores como el tipo de vida ó actividad profesional que se desempeñe, tengan alguna vinculación aún no determinada, ya que oficios como el de conductor, modista, etc., ó hábitos sexuales de tipo anal mantienen un trauma sostenido sobre dicha zona y facilitan las infecciones a nivel de las glándulas y criptas anales, sitio donde definitivamente se originan la mayor parte de abscesos que darán lugar a la aparición de la fístula (6). Esto último,

nos permite resaltar el consenso de que el absceso anorectal y la fístula anal, son dos etapas de una misma condición (8).

Es bien sabido, sin embargo, que hay otro grupo de fístulas secundarias a procesos tales como la enf. de Crohn, TBC, colitis ulcerativa, actinomicosis, iatrogénicas, etc., que representan sólo la minoría (2). Si se piensa que una de las hipótesis sobre la patogenia de las hemorroides es la infección, quizá haya alguna razón para la frecuente presencia simultánea de esta afección en pacientes con fístulas.

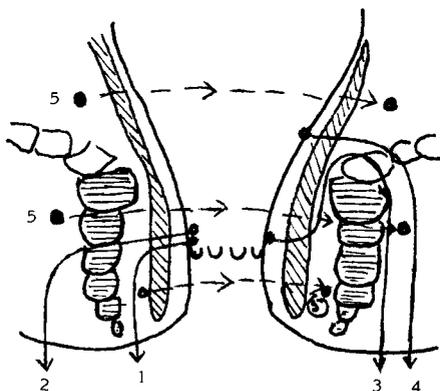
Existen por otra parte, algunas lesiones infecciosas cuyo origen no asienta en el recto ó en el tubo anal sino que su foco es más distante, aunque su desembocadura externa esté sobre la piel de la región anal. Tal es el caso de los abscesos pélvicos, de la osteomielitis pélvica, de algunos infrecuentes abscesos pilonidales que se extienden hacia el periné y el ano, quistes sebáceos, quistes de inclusión epidermoide presacros infectados, furunculosis, cuerpos extraños, diverticulitis, abscesos de Bartholin. Estas lesiones obligan a una acentuada agudeza diagnóstica para sospecharlas ante la sola presencia de la supuración pararectal y son indicación de estudios detallados e incluso procedimientos radiográficos como la fistulografía, para detectar su verdadero origen y no caer en el error de tratarlas como simples fístulas anales, con lo cual se expone a lesionar sin necesidad las estructuras esfinterianas y no se obtiene el tratamiento de la lesión fundamental (3).

Ha sido grande la controversia sobre la clasificación de las fístulas, y son numerosos los términos que existen para designarlas. Una de esas clasificaciones, es la del St'Marks Hospital de Londres que las divide según su localización anatómica en intraesfinteriana, extraesfinte-

riana, transefintérica, supraefintérica y un último grupo constituido por las llamadas "Fístulas en Herradura". (Fig. 6).

Corresponde quizá a las interesfintéricas, no menos de las dos terceras partes de la casuística (1). Las fístulas en herradura son aquellas originadas a partir de una cripta posterior y cuya diseminación se sucede por el espacio anal posterior pudiendo extenderse a uno ó ambos espacios insquioresctales e incluso en casos bastante crónicos, llegar al escroto ó a la cara interna de los muslos. Suelen constituir un recto terapéutico (4).

**FISTULA ANAL**  
Clasificación



- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1 Interesfintérica | 4 Supraesfintérica |
| 2 Transefintérica  | 5 "En Herradura"   |
| 3 Extraesfintérica |                    |

Figura No. 6

Sin embargo, ha surgido una nueva clasificación basada en el sitio anatómico preciso de origen de la infección anorectal y no en la vía de diseminación si no es tratada en forma oportuna (Tabla 1) (8).

**1. ABSCESOS INTERMUSCULARES BAJOS**

Abscesos infraelevadores-transefintéricos

1. Espacio perianal
2. Espacio postanal superficial
3. Espacio anal superficial anterior
4. Espacio postanal profundo (herradura)
5. Espacio postanal profundo (herradura)
6. Fosa isquiorrectal.

**2. ABSCESOS INTERMUSCULARES ALTOS**

Abscesos supraelevadores

1. Espacio retrorectal
2. Espacio rectovesical
3. Espacio pelvirectal

**3. Abscesos Intermusculares con absceso combinado supra e infraelevadores**

**4. Abscesos Subcutáneos**

**5. Abscesos del espacio rectal submucoso**

Tabla 1. Clasificación de fístulas y abscesos anorectales. (8).

Si bien el diagnóstico de la lesión no ofrece mayores dificultades, en ocasiones suele existir problema para su correcta clasificación, en especial cuando existen cicatrices ó fibrosis por cirugías o abscesos previos, además de que no pocas veces no es posible encontrar el orificio interno del trayecto fistuloso (no porque no exista, sino porque la inflamación selló). A ello se suma el hecho de que la anatomía de la región no es del completo dominio de todos los médicos, ésto puede conducir a manejos inadecuados y procedimientos ciegos que terminan con alteraciones fisiológicas importantes.

El tratamiento es eminentemente quirúrgico encaminado a la resección del trayecto (fistulectomía) cuando es posible, ó a la apertura del canal y curetaje de sus bordes —especialmente en fístulas altas— (fistulotomía), permitiendo el cierre por segunda intención, el cual se sucede generalmente antes de las cuatro semanas, salvo factores intercurrentes que pueden demorar su curación; hay quienes previenen sobre la costumbre muy en boga de cubrir las heridas con gasa vaselinada, lo cual daría lugar a la formación de un óleogranuloma que retardaría la cicatrización (2). En algunos casos complicados en que la cicatrización completa no se ha sucedido a la 8a. semana, algunos utilizan injertos libres de piel para acelerar el proceso (1).

Se ha informado sobre un novedoso manejo no quirúrgico, consistente en irrigaciones repetidas 2 a 4 veces por día, con una pequeña bomba ("Water-Pik") similar a la usada en odontología, que provista de una fina cánula se introduciría por el orificio fistuloso externo. Las soluciones de irrigación son: nitrato de plata 0.5%, o ácido acético al 0.25%, o yodopovidona al 1.4. El efecto de este sistema, es producto de la debridación mecánica causada por el chorro de alta presión de este "hidrojet". Quienes lo están utilizando informan rápidas curaciones incluso en fístulas bizarras y ventajas adicionales como la de ser un tratamiento ambulatorio, que puede ser hecho por el mismo paciente en su casa, con mínimos riesgos y costos reducidos (7).

Pueden enumerarse los principios básicos (1) del tratamiento de la fístula anal, así:

1. Localización exacta de la fístula, es-

tableciendo su relación con el anillo anorectal.

2. Resección del trayecto fistuloso

3. Cierre por segunda intención

4. Preservación del mecanismo esfinteriano

5. Si son secundarias a otra patología, debe tratarse la enfermedad básica y no la fístula, salvo que sea muy sintomática. (9).

Lo anterior se puede resumir, diciendo que el objetivo final del tratamiento es producir un paciente **continente** con una fístula cerrada.

El éxito del tratamiento podrá medirse por dos hechos fundamentales: la recurrencia y la continencia. En cuanto a lo primero, debe decirse que hay quienes afirman que las tasas de reproducción alcanzan el 20% a dos años y algunos más usados señalan que estas cifras son similares cuando se efectúa cierre primario (5). En cuanto a la continencia, debe señalarse que para su adecuado análisis es preciso considerar varias categorías de este trastorno que incluyen: escape verdadero de heces, escurrimiento o goteo, problema para controlar los flatos. Además es necesario indicar si estos síntomas son constantes o sólo se presentan en circunstancias especiales. Otros síntomas postoperatorios referidos suelen ser prurito y dolor ocasional.

De todas formas, uno de los grandes tropiezos en la valoración postoperatoria de estos pacientes es el inadecuado seguimiento, pues por ser una entidad relativamente soportable y sólo pocas veces incapacitante, suelen perderse de control con gran facilidad.

## RESUMEN

Se revisa la casuística sobre fístulas anales, en los últimos 10 años en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Se ana-

lizan los resultados y algunos aspectos de la entidad y se precisan algunas pautas generales de manejo.

## SUMMARY

A comprehensive review on the records of anal fistulas in the last ten years at Hospital San Juan de Dios Bogotá is

presented; some aspects of this entity are analyzed, as well as the results of their management.

## REFERENCIAS

1. Marks, C. G., and Ritchie, J. K., **Anal Fistulas at St'Mark's Hospital** Br. J. Surg. 64: 84, 1977.
2. Parks A., et al **Fistula in ano** Dis. Col. Rect. 19: 487, 1976.
3. Parks A., Gordon PH. **Perineal fistula of intra-abdominal or intra-pelvic origin simulating fistula in ano.** Dis. Col. Rect. 19: 500, 1976.
4. Hanley, P., et al **A ten year follow-up study of horseshoe abscess fistula in ano.** Dis. Col. Rect. 19: 507, 1976.
5. Goligher, J. C., **Management of perianal suppuration.** Dis. Col. Rect 19: 516, 1976.
6. **Anal Fistula**, The lancet, March 13, 1976. Editorial.
7. Sohn N., and Weinstein, M., **Perianal wound. Wash with intermittent water pik** Am. Jour. Surg. 134: 426, 1979.
8. Hanley, P. **Anorectal Abscess fistula.** Surg. Clin. Of N.A. 58: 487, 1978.
9. Sohn., et al **Anorectal Crohn' Disease: Definitive surgery for fistulas and recurrent abscesses.** Am. J. Surg. 139: 395, 1980.