

# Gobierno Federal



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

Guía de Práctica Clínica  
**GPC**

**ACTUALIZACIÓN  
2013**

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la  
**FÍSTULA ANAL**  
En el adulto

**Guía de Referencia Rápida**  
Catálogo Maestro de GPC: **SS-200-09**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**ÍNDICE**

1. CLASIFICACIÓN DE LA FÍSTULA ANAL.....	3
2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA FÍSTULA ANAL.....	4
3. HISTORIA NATURAL DE LA FÍSTULA ANAL.....	5
4. ESCALA DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA.....	8
5. DIAGRAMAS DE FLUJO .....	9

## 1. CLASIFICACIÓN DE LA FÍSTULA ANAL

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA ANAL EN EL ADULTO

CIE- 10: K60 FISURA Y FÍSTULA DE LAS REGIONES ANAL Y RECTAL  
K60.4 FÍSTULA RECTAL  
K60.5 FÍSTULA ANORRECTAL

## 2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LA FÍSTULA ANAL

### DEFINICIÓN

La fístula anal se define como un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica la piel con la luz del conducto anal o del recto. Las fístulas pueden ser secundarias a enfermedades específicas (Enfermedad de Crohn, tuberculosis, etc.), o inespecíficas, también conocidas como de origen criptoglandular. El orificio localizado en la luz del conducto anal se denomina primario o interno, y el cutáneo, secundario o externo.

Las fístulas anales complejas son: las que han sido tratadas quirúrgicamente más de una vez, las que no son de origen criptoglandular, las fístulas anteriores en mujeres y aquellas cuyo trayecto, al ser abordado quirúrgicamente, requiere la sección de más de 30% del aparato esfinteriano (supraesfintéricas, las transesfintéricas altas).

### 3. HISTORIA NATURAL DE LA FÍSTULA ANAL

#### Factores de riesgo

Las fístulas anales son más comunes en hombres que en mujeres, y la frecuencia de presentación es mayor entre los 30 y 50 años de edad.

Las fístulas anales inespecíficas se forman como consecuencia de una infección que se desarrolla en una glándula anal que yace dentro del espacio interesfintérico. A la fecha no se sabe cuál es el factor que inicia este proceso.

Los pacientes con el antecedente de un absceso perianal están en riesgo de formar una fístula anal en 30% a 50% de las ocasiones.

#### IMPORTANTE

La extensión de la infección de la glándula anal puede ocurrir en tres direcciones. La primera, hacia abajo, para formar un absceso perianal en la etapa aguda y una fístula interesfintérica en la fase crónica. La segunda es lateral, penetrando el esfínter externo para crear un absceso isquiorrectal en la fase aguda y una fístula transesfintérica en la crónica. La tercera, y más rara, es hacia arriba, para establecer un absceso pélvico en el espacio supraelevador o un absceso intramuscular alto, dependiendo de la relación que guarde la glándula infectada con el músculo longitudinal.

#### HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica debe identificar síntomas que sugieran una asociación con patología intestinal y eventos previos que puedan comprometer la función del esfínter anal, como cirugía de la zona o trauma obstétrico.

Se deben investigar antecedentes de enfermedades intestinales y descartar enfermedad inflamatoria intestinal, sobre todo enfermedad de Crohn, además de procesos infecciosos, como tuberculosis y VIH, y antecedentes de hidradenitis supurativa.

#### Manifestaciones Clínicas

El cuadro clínico característico es la persistencia de drenaje de material purulento o hemato-purulento a través del orificio externo, alternando con dolor cuando el orificio se oblitera.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

El orificio secundario (externo) frecuentemente se observa como un área pequeña invaginada de tejido de granulación con salida de material purulento o sangre a la compresión digital. El trayecto fistuloso puede palparse como una pequeña estructura en forma de cordón, cuando es superficial. La exploración digital puede identificar el orificio primario (interno) y la presencia de trayectos fistulosos secundarios.

La anoscopia y la proctoscopia pueden documentar la localización del orificio primario y la presencia de otras condiciones patológicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal.

Se puede realizar una exploración bajo anestesia en quirófano, introduciendo peróxido de hidrógeno diluido a través del orificio secundario mientras se realiza la anoscopia, para identificar el orificio primario.

La regla de Goodsall es correcta en 90% de los casos cuando se aplica a los orificios secundarios posteriores a la línea anal transversal; sin embargo, solamente es cierta en 49% de las ocasiones cuando se encuentran por delante de ella.

Parks clasifica las fístulas anales en cuatro tipos, dependiendo de la relación que guarda el trayecto con los músculos del complejo esfinteriano: interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas.

**ESTUDIOS DE GABINETE**

La manometría debe ser utilizada en casos seleccionados, cuando el paciente tiene antecedentes de incontinencia previa.

La fistulografía, el ultrasonido endoanal, la resonancia magnética y la tomografía computada son estudios que permiten definir la anatomía de la fístula anal.

La fistulografía tiene su utilidad en las fístulas extraesfintéricas, cuando se sospecha origen intraabdominal, así como un trayecto o extensión extraperineal.

La tomografía computada puede ser útil cuando la resonancia magnética no está disponible o está contraindicada para detección de patología abdominal asociada.

La ultrasonografía anal es el estudio de primera línea en el paciente en quien se sospecha una fístula compleja.

La resonancia magnética es el estudio de elección cuando el ultrasonido no fue concluyente.

**TRATAMIENTO**

- El drenaje de un absceso perianal con fistulotomía primaria reduce el riesgo de recurrencia de un absceso y persistencia de una fístula, y la necesidad de una cirugía subsecuente.
- La fistulotomía con marsupialización de bordes es el tratamiento de elección para las fístulas simples, con una recurrencia de entre 2% y 9%, y con alteración en la continencia de entre 0% a 17%.

- En todos los pacientes programados para fistulotomía deberá calcularse la escala de Jorge-Wexner (Cleveland Clinic) para valorar la continencia fecal. En aquéllos con puntaje diferente a 0, es necesario realizar una manometría. Los pacientes con disminución de la presión de contracción deberán ser tratados con alguna técnica preservadora de esfínter.
- La fistula en herradura se debe tratar drenando la colección principal (habitualmente localizada en el espacio postanal profundo), colocando un setón de drenaje, y simultáneamente una desbridación amplia de las fosas isquiorrectales involucradas, dejando las heridas abiertas.
- **La fistulotomía primaria no se debe realizar en pacientes con abscesos con fistulas altas o supraesfintéricas, o con las consideradas como fistulas complejas.**
- Los colgajos de avance endoanal y la colocación de setones pueden ser utilizados para el tratamiento de la fístula compleja.
- La utilización de tapón de colágeno, o algún otro biomaterial, para las fístulas y el pegamento de fibrina son terapias para paciente muy seleccionados; se les debe informar sobre la alta posibilidad de recidiva.
- No hay evidencia científica suficiente para recomendar el uso rutinario de la técnica de LIFT, y la técnica VAAFT se utiliza sólo en pacientes seleccionados y por cirujanos capacitados.
- Los pacientes con fístulas anales y enfermedad de Crohn, que se encuentran asintomáticas, no requieren de tratamiento quirúrgico, mientras que las fístulas sintomáticas muy bajas y simples pueden ser tratadas con fistulotomía. Por el contrario, las fistulas complejas deberán ser tratadas con setón de drenaje a largo plazo, con o sin tratamiento concomitante con infliximab. En pacientes en quienes no es posible controlar los síntomas ni la enfermedad anorrectal fistulosa puede ser necesario un estoma permanente, o realizar una proctectomía.
- Los pacientes con VIH en fase temprana, sobre todo aquéllos con adecuado tratamiento antiviral, pueden ser tratados con fistulotomía convencional. Los pacientes con enfermedad avanzada se deben tratar mínimamente con drenaje de los abscesos con pequeñas incisiones, o con colocación de setón de drenaje.
- Las fístulas simples pueden ser tratadas por un cirujano general, mientras que todas las fístulas complejas y recurrentes deberán ser tratadas por el cirujano coloproctólogo.

### PRONÓSTICO

Depende de la clasificación de la fístula y del tratamiento utilizado.

4. ESCALA DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA

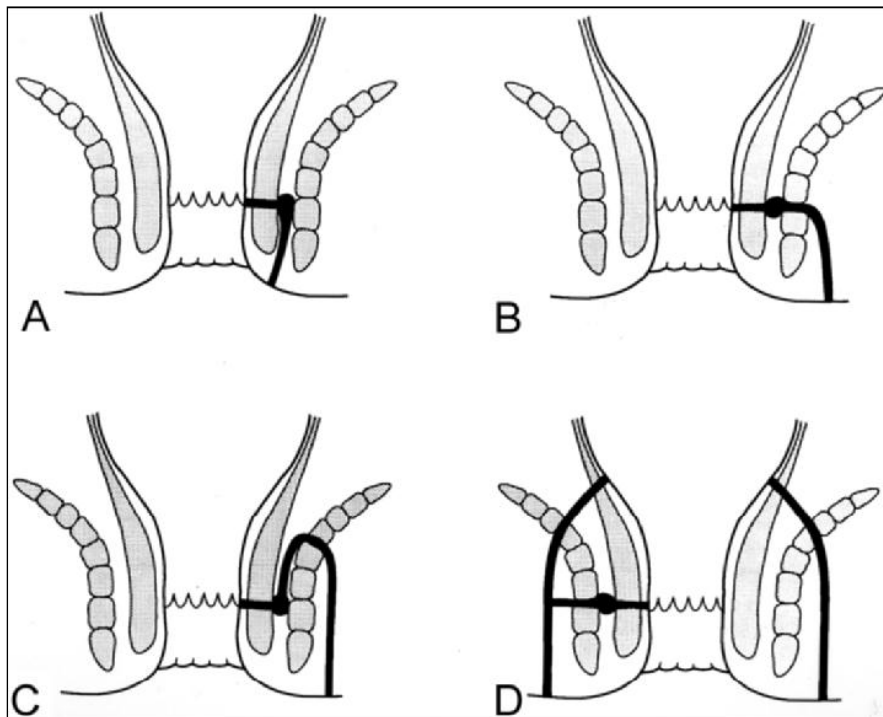


Figura 1. Clasificación de las fístulas anales: A) Interesfintéricas, B) Transesfintéricas, C) Supraesfintéricas y D) Extraesfintéricas. (ASCRS. Anal Fistula / Abscess. Mantyh C.)

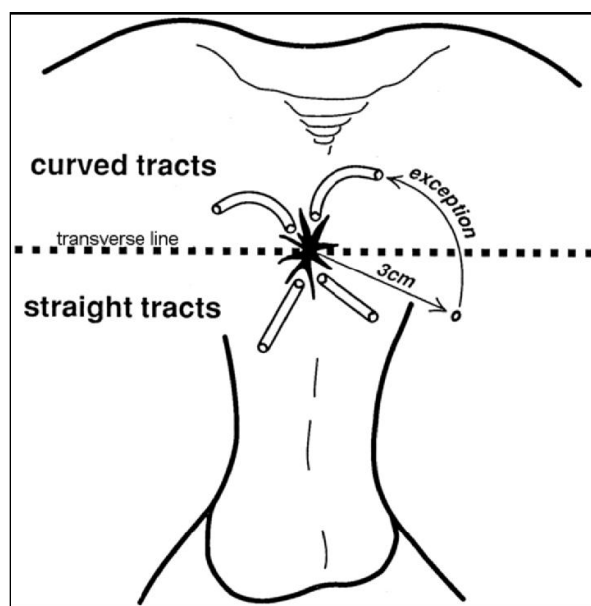
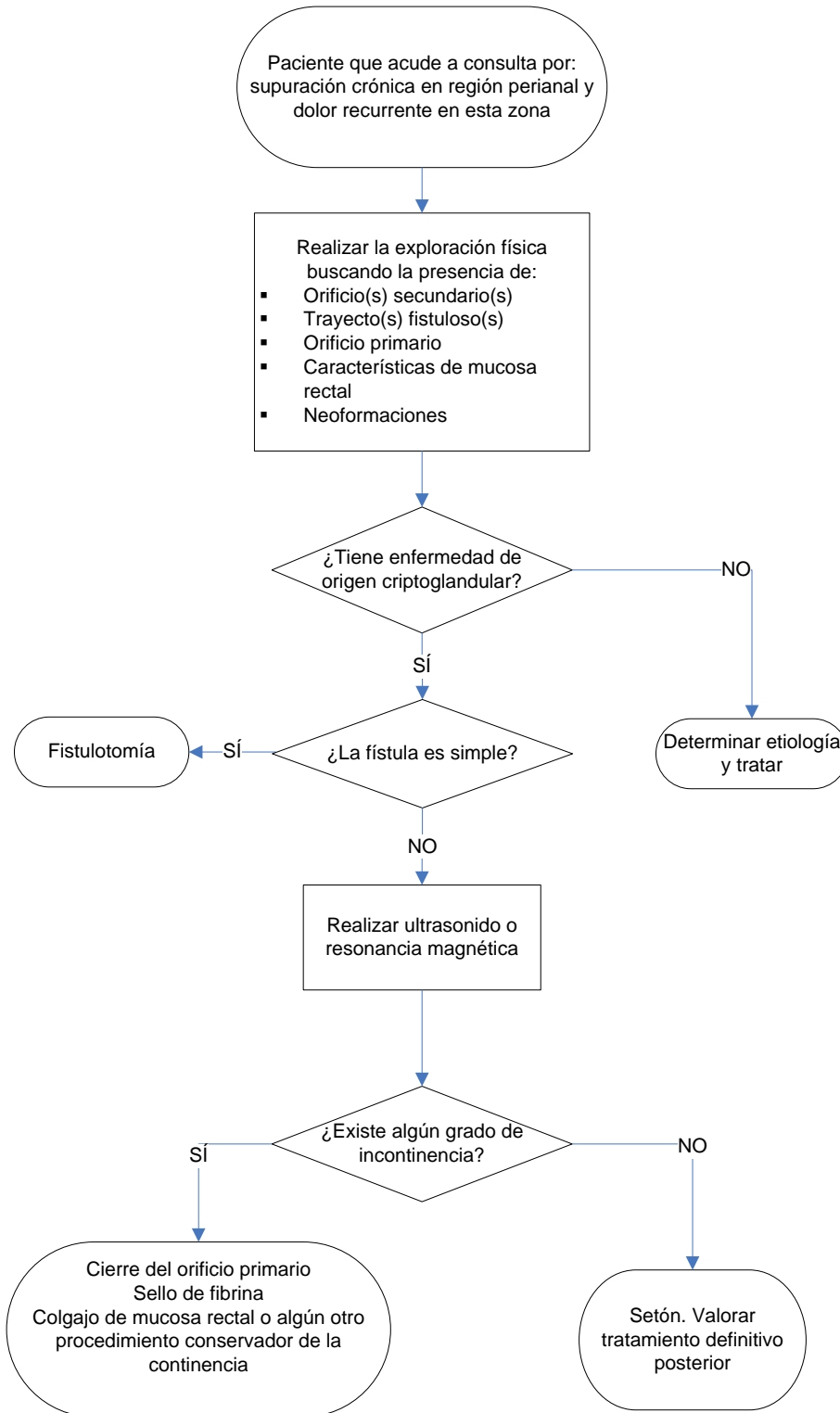


Figura 2. Regla de Goodsall. (ASCRS. Anal Fistula / Abscess. Mantyh C.)



5. DIAGRAMAS DE FLUJO



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC  
© Copyright CENETEC  
"Derechos Reservados"

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

ISBN: en trámite