

Universidad del sureste Escuela de medicina

Resumen FISTULA ANAL EQUIPO 3

CLINICAS QUIRURGICAS COMPLEMENTARIAS

Presenta

Guillen Narváez Javier Octavio
Roman Salazar Melanny Guadalupe
Dulce Alondra Pérez Pinto
Yessenia Arlette Hernández López
Dr. Edgar Martin Hernández Guillen

Comitán de Domínguez, Chiapas

Octubre 2020

FISTULA ANAL

Una fístula anorrectal es un canal anómalo que va del ano o el recto hasta la piel próxima al ano, aunque a veces puede ir hacia otro órgano, como la vagina.

Las fístulas anorrectales son frecuentes en personas que sufren un absceso anorrectal, la enfermedad de Crohn o tuberculosis. Las fístulas anorrectales pueden causar dolor y producir pus. El diagnóstico se basa en la exploración del paciente y otras técnicas visuales.

ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

La infección de las glándulas anales es la causa en más del 95% de los pacientes portadores de un absceso anal, con la posibilidad de la formación de una fístula, que se denomina inespecífica, a diferencia de las específicas, que tienen una etiología diferente como enfermedad de Crohn, tuberculosis, carcinoma rectal, carcinoma anal, actinomicosis, entre otras.

CUADRO CLÍNICO

Una vez drenado el absceso anal, la enfermedad puede seguir una de las siguientes evoluciones:

- a) Supurar cuatro o cinco días, ocluirse el orificio y aparentemente curar. En un tiempo variable, que puede ser de semanas o meses y aun años, el absceso reincide, vuelve a vaciarse y desaparece nuevamente. Esto puede suceder innumerables veces.
- b) El orificio fistuloso, una vez desaparecido el absceso, continúa supurando durante semanas o meses, al cabo de los cuales se ocluye. Después de una temporada de duración variable, generalmente prolongada y asintomática, el absceso vuelve a formarse.
- c) La fístula persiste, supurando constante y escasamente, por tiempo indefinido, sin nueva formación de absceso.
- d) La fístula supura constantemente; en un momento dado se cierra por espacio de dos a tres días y se inicia la formación de un nuevo absceso, generalmente pequeño, que se vacía a los dos o tres días. La fístula continúa supurando por una temporada, se ocluye, se forma otro absceso y así sucesivamente.

Exploración proctológica

En la inspección de la región anoperineal se puede apreciar una abertura externa como una protrusión denominada "orificio fistuloso secundario" con salida de material purulento o serosanguinolento. En algunas ocasiones la abertura puede estar cerrada o tan pequeña que solamente se puede detectar al realizar una palpación alrededor del ano, que de otro modo pasaría inadvertida.

Con la palpación externa se puede identificar el trayecto fistuloso; se percibe en forma de cordón por debajo de la piel, que se extiende del orificio fistuloso secundario hasta la cripta anal correspondiente o de origen. Excepcionalmente, se puede palpar en la línea anorrectal una fosa indicativa del orificio fistuloso primario. A menudo, la cripta de origen queda retraída en un embudo al estirar el tracto fibroso que conduce al esfínter interno. A esta condición se le denomina "signo de herniación" de la cripta afectada. También en forma

excepcional, al momento de practicar una anoscopia o rectosigmoidoscopia, se puede identificar la cripta enferma. Esto se logra cuando se observa salida de material purulento por la cripta.

Fistulografía

Es un estudio radiológico que consiste en el paso de material de contraste hidrosoluble por el orificio fistuloso secundario mediante un pequeño catéter con el fin de delinear el trayecto fistuloso; actualmente tiene un valor limitado, pero era una práctica frecuente en el pasado. Hay estudios que demostraron su inexactitud hasta en el 84%. Cada vez se solicita menos y sólo está indicada cuando se sospecha una fístula con trayecto(s) extraesfintérico(s).

Ultrasonido endoanal y resonancia magnética

El ultrasonido endoanal no ha pasado la prueba del escrutinio científico, ya que no ha demostrado ser superior a la evaluación digital en la exploración proctológica. Es muy útil cuando se tienen múltiples episodios de sepsis, cirugía(s) anorrectal(es) previa(s) o con trayectos difíciles de identificar.

Clasificación

En cuanto a la clasificación Sir Alan Parks (1976) propuso la clasificación que se describe más adelante, que es la más usada en el mundo. Esta clasificación se basa en la dirección que sigue el trayecto de la fístula en relación con el anillo o aparato esfinteriano y pueden ser: interesfintérica, transesfintérica, supraesfintérica y extraesfintérica. La fístula interesfintérica es aquella cuyo trayecto fistuloso involucra una parte del esfínter anal interno sin tocar el esfínter anal externo, y se subdivide en: a) de trayecto bajo sencillo; b) de trayecto ciego, alto; c) de trayecto alto, con abertura rectal; d) de abertura rectal, sin abertura perianal; e) de extensión extrarrectal y f) secundaria a enfermedad pélvica. La transesfintérica, tal y como su nombre lo indica, abarca a ambos esfínteres, y se subdivide en: a) sin complicación y b) de trayecto ciego, alto. La supraesfintérica es aquella en que el trayecto fistuloso pasa por arriba del aparato esfinteriano. En la extraesfintérica, el trayecto fistuloso corre en forma paralela al aparato esfinteriano y el orificio primario suele estar localizado en el recto. Por último, la fístula en herradura es aquella que tiene trayectos fistulosos a ambos lados, con un orificio primario común.

La fístula anal compleja no ha sido bien definida; para algunos cirujanos es aquella que tiene trayectos y orificios fistulosos secundarios múltiples, las que han sido tratadas quirúrgicamente más de una vez o las que no son de origen criptoglandular. El autor considera que la fístula anal compleja es toda aquella cuyo trayecto, al ser abordado quirúrgicamente, requiere la sección del aparato esfinteriano y, por tanto, compromete la continencia fecal; cumplen este criterio las supraesfintéricas, las transesfintéricas altas y las de origen no criptoglandular.

Conforme el tratamiento los objetivos fundamentales del tratamiento de la fístula anal son curarla, preservar la función de continencia anal, minimizar los defectos de cicatrización y ofrecer al paciente una recuperación rápida. Para conseguir estos objetivos, se deben seguir estos principios: identificar correctamente ambos orificios fistulosos (primario y secundario), localizar e identificar adecuadamente el o los trayectos fistulosos, minimizar en lo posible la sección quirúrgica del aparato esfinteriano, sin que por ello se incremente el riesgo de recurrencia y evitar deformidades de la piel perianal y del ano. Varias técnicas

han sido desarrolladas para el manejo quirúrgico de la fístula anal; entre ellas tenemos: fistulotomía, fistulectomía con o sin reparación de esfínteres, sedal, colocación de setón de corte o de drenaje, avance de colgajo de mucosa rectal y aplicación de fibrina, tapón de colágeno biodegradable, entre otras. Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son la fistulectomía y la fistulotomía. En cualquiera de las técnicas quirúrgicas empleadas para corregir la fístula anal, el paciente debe de ser operado en quirófanos, bajo bloqueo epidural y en posición proctológica.

La fistulectomía consiste en la extirpación completa de la fístula; para ello se requiere la introducción de un estilete por el orificio fistuloso secundario, pasándolo con presión muy leve, que permita el paso fácil del instrumento, hasta su salida por el orificio primario; en ningún momento debe de ser forzado, para evitar la creación de trayectos falsos. En los casos en que no se puede identificar el orificio fistuloso primario, se puede instilar peróxido de hidrógeno o leche por el orificio fistuloso secundario para identificar el primario. Se hace una incisión en la piel, de extremo a extremo de la fístula, siguiendo el trayecto fistuloso ya identificado por el estilete; se profundiza el corte con electrobisturí, hasta extirpar por completo el trayecto fistuloso y así obtener una pieza que contiene el estilete aún en su sitio.

El avance del colgajo mucoso rectal ha sido ampliamente utilizado en el tratamiento de fístulas anales complejas. El principio básico de este procedimiento es lograr un cierre adecuado del orificio primario evitando la división del aparato esfinteriano. Esta técnica ha ganado adeptos en los últimos años; se han publicado múltiples artículos que hacen pensar que pueda ser una buena alternativa. La serie más amplia es de Aguilar, con 189 pacientes, con una recurrencia de 1.5% e incontinencia fecal en menos del 10%; sin embargo, no especifica el tipo de fístulas tratadas. Otros estudios han informado buenos resultados, pero aún no se ha definido su utilidad en comparación con la que tiene la fistulectomía o la fistulotomía para erradicar la enfermedad, para impedir la infección subsecuente y preservar la continencia.

Existen otras técnicas, como son la colocación de sedal o setón. En la actualidad se manejan tres modalidades, que son el sedal, el setón de corte y el setón de drenaje. El sedal se basa en la colocación de un cuerpo extraño en el trayecto fistuloso, con objeto de promover fibrosis y en una segunda cirugía se retira el sedal; con ello, se evita la sección esfinteriana y la pérdida de la fuerza de contracción. El setón de corte tiene el mismo principio que el sedal, pero el material empleado es diferente, en la actualidad se utiliza silastic. El setón de drenaje sirve únicamente para evitar la formación de nuevos abscesos. Las tres técnicas están indicadas en fístulas complejas, como las supraesfinterias, que comprometen al aparato esfinteriano.

Otra modalidad utilizada para la atención de una fístula anal es la fibrina, con el objeto de sellar el trayecto fistuloso sin sección de la musculatura esfinteriana. Inicialmente se formuló pegamento autólogo del propio plasma del paciente o crioprecipitados que se activaron con trombina. En la actualidad existen varios preparados comerciales que mezclan solución de fibrinógeno con trombina y calcio en una jeringa doble. La técnica se realiza en quirófanos, bajo anestesia epidural y en posición proctológica. Se identifica el trayecto fistuloso hasta su orificio primario, se introduce un estilete maleable diseñado ex profeso, ranurado, para poder hacer un curetaje de todo el trayecto fistuloso y se irriga a presión con solución fisiológica. Se inyecta la fibrina por el orificio fistuloso secundario hasta que se vea salir por

el orificio fistuloso primario; se ocluyen ambos orificios con sutura. Esta técnica, a corto y a mediano plazo, ha fallado hasta en un 40%.

El tapón de colágeno biodegradable consiste en un dispositivo cónico, que se obtiene de la submucosa del intestino delgado del cerdo. Una vez colocado en el trayecto fistuloso, el tapón actúa como almacén biológico que facilita la regeneración tisular bien organizada y, con ello, la oclusión y la curación de la fístula. La colocación del tapón debe realizarse en el quirófano, bajo anestesia epidural y en posición proctológica. El primer paso es identificar el trayecto y el orificio fistuloso primario por medio de un estilete maleable; se irriga a presión el trayecto fistuloso con solución fisiológica o con peróxido de hidrógeno. Se introduce nuevamente el estilete por el orificio fistuloso secundario hasta su salida por el orificio fistuloso primario, y se fija éste al tapón en su extremo más delgado con una sutura de seda 0. Se tracciona el estilete hasta que el tapón bloquee firmemente el trayecto fistuloso. Se recorta el excedente del tapón en ambos extremos y se cierra el orificio fistuloso primario con catgut crómico 0 ó cicryl 00.

FISURA ANAL

La fisura anal es una ulceración de la porción epidérmica del canal anal, que habitualmente se extiende desde la línea pectínea hasta el margen del ano. La extensión de la lesión es variable, oscilando entre 1 y 5 mm, y es característico que su tamaño no guarde relación con la intensidad de la sintomatología.

Es un trastorno relativamente frecuente, que se produce en los adultos jóvenes y de mediana edad, pero a menudo también afecta a las mujeres en el tercer trimestre del embarazo o en el puerperio. La fisura anal es la causa más frecuente de sangrado defecatorio en el niño. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el momento de la valoración, marca la diferencia entre una fisura aguda y una crónica. Aunque no está definido con precisión, se considera de forma habitual que a partir de las ocho semanas pasa a ser ya una fisura crónica.

Parece que el mantenimiento de la fisura después del evento inicial está relacionado con un aumento de la presión de reposo del esfínter (concretamente del interno). Por otra parte, las ramas de las dos arterias hemorroidales inferiores, que pasan a través de los septos intermusculares del esfínter interno para alcanzar la mucosa, no se unen en la línea media posterior, por lo que el flujo sanguíneo resulta menor a ese nivel, ocasionando que el 90 % de las fisuras se localicen a nivel posterior. Aún más, cuando la contracción del esfínter interno se incrementa, el flujo sanguíneo disminuye dando lugar a una úlcera isquémica con escasa tendencia a la cicatrización. La fisura del puerperio se observa, con mayor frecuencia, en la vertiente anal anterior debido a la presión traumática ejercida por el feto durante el parto, coincidiendo con defectos de fijación de la mucosa y submucosa del canal anal. De forma genérica, el estreñimiento y la escasa ingesta de fibra dietética han sido identificados como factores clave en la aparición y mantenimiento de la FA, ya que se asocian a la reiteración del traumatismo sobre el anodermo durante las maniobras de defecación. Una cirugía anal previa, por ejemplo, para tratar una

hemorroide puede condicionar la formación de una fisura anal crónica de localización atípica.

La fisura anal se caracteriza por el intenso dolor que aparece al término de la deposición y que puede permanecer horas después de la misma. Además, el paciente refiere hematoquecia y temor a la defecación. Habitualmente este episodio agudo revierte espontáneamente o con medidas higiénicodietéticas, produciéndose la cicatrización de la misma en 4-6 semanas. Una presentación atípica sería la de un paciente con una fisura indolora y/o con una localización en el canal anal que no fuera ni posterior ni anterior. Así como la coexistencia con otros síntomas no esperables como: dolor abdominal, fiebre, supuración, etc.

En la anamnesis debe recogerse los síntomas acompañantes como son la hemorragia, la dificultad defecadora, el picor o escozor anal. Es común que exista estreñimiento y temor a la defecación. Con menos frecuencia se constata también sintomatología urinaria, como disuria, urgencia o retención.

La exploración física puede realizarse en posición genupectoral o en decúbito lateral con flexión de caderas y rodillas, Normalmente el paciente tiene temor a ser examinado, por lo que debe procederse con cuidado. Las nalgas deben ser separadas suavemente, la iluminación debe ser correcta y el paciente ha de simular la maniobra defecatoria. La localización de la fisura suele ser o bien anterior o bien posterior, otras localizaciones no son típicas.

El diagnóstico diferencial debe establecerse fundamentalmente con toda la patología anal capaz de generar dolor, como el absceso anal y la trombosis hemorroidal. A diferencia de esta última, el absceso interesfinteriano de pequeño tamaño puede ser difícil de realizar, en el caso de duda la ecografía anal o incluso la exploración bajo anestesia puede ser necesario.

Tratamiento farmacológico

Existe en la actualidad fármacos que nos permiten la relajación del esfínter interno de forma apropiada, mediante diversos mecanismos de acción. Pomadas liberadoras de óxido nítrico El óxido nítrico ejerce un papel inhibitorio de la actividad del esfínter anal, consiguiendo la relajación del mismo.

Los calcioantagonistas (como el diltiazem) actúan inhibiendo la entrada de iones de calcio al interior celular, principalmente en el músculo liso y el músculo cardiaco. Por lo tanto, su empleo en el esfínter anal interno provoca su relajación. Su uso asocia con una tasa de curación inicial entre el 65 y el 95 % en el tratamiento de las fisuras crónicas, sin encontrarse efectos secundarios importantes.

Toxina botulínica La parálisis muscular que provoca es debida al bloqueo de la placa motora mediante por la inhibición de la liberación presináptica de acetilcolina. Los mejores resultados en términos de curación se han obtenido con dosis altas de toxina botulínica (25-30 UI) –con reinyección en las recurrencias– aplicada

directamente en el esfínter interno, distribuyéndola en varios puntos de inyección (dos laterales y uno anterior). La tasa de curación de las fisuras crónicas con este preparado es del 65%; sin embargo, se ha descrito una tendencia progresiva a las recidivas a largo plazo

La fisura anal típica se puede, y se debe, tratar a nivel de atención primaria. No existe consenso sobre el tiempo de seguimiento de los pacientes, aunque sí evidencia de que la mayor parte de las recurrencias tienen lugar en el primer año, por lo que parece adecuado el seguimiento clínico periódico hasta entonces.

La presencia de fisuras múltiples en un mismo paciente, muy dolorosas, con un aspecto y localización atípicos y con manchas, junto a la sangre, pus, detritus o moco debe hacernos sospechar la posible existencia de otras patologías, entre ellas la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la tuberculosis, la sífilis y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Sinus pilonidal

La enfermedad pilonidal es un absceso crónico subcutáneo localizado en la región sacrococcígea

- inclusiones epidérmicas en la dermis
- fundamentalmente en varones jóvenes
- presentación clínica que es variable
- leves síntomas hasta infecciones
- múltiples trayectos fistulosos secundarios.

El tratamiento de esta entidad es quirúrgico, y la técnica a emplear debe adaptarse a la presentación clínica, con una tasa baja de recidivas y morbi-mortalidad, se cree que tiene una incidencia estimada del 0.7%, siendo su desarrollo a partir de los 45 años excepcional, relacionado con antecedentes juveniles en esos pacientes.

Etimología y etiología. La primera descripción de esta enfermedad fue realizada por Herbert Mayo en 1833, si bien la publicación habitualmente citada como original es la carta al editor del Boston Medical Surgical Journal, escrita por A.W. Anderson en 1847, en la que describe esta patología como “un pelo extraído de una úlcera”. Finalmente, el término latino pilonidal (nido de pelos) fue acuñado por Hodges en 1880.

La etiología de la enfermedad pilonidal es controvertida. Inicialmente se creía que su origen era embriológico, debido a un defecto congénito a nivel de la piel del pliegue interglúteo secundario a la persistencia del canal medular y a un repliegue interno del epitelio superficial.

CLÍNICA. El diagnóstico del sinus pilonidal se basa en la presentación anatómica y la clínica. La enfermedad se manifiesta como una depresión cutánea en el pliegue interglúteo (orificio primario) que se extiende mediante un tracto fibroso subcutáneo (sinus pilonidal) hasta uno o más orificios secundarios, habitualmente localizados fuera de la línea media interglútea, a través de los cuales drena líquido sero-hemático o sero-purulento y, ocasionalmente, se puede objetivar la salida de pelos.

Las formas de presentación son:

Absceso pilonidal agudo: caracterizado por una masa subcutánea muy dolorosa y fluctuante, habitualmente localizada fuera de la línea media y asociada a una celulitis de la región interglútea.

Sinus pilonidal crónico: es la presentación más habitual, con un orificio primario situado en la línea media, por el que pueden salir pelos, y un orificio secundario localizado cranealmente a unos 3-4 cm.

Sinus pilonidal complicado: es aquel en el que existen varios trayectos fistulosos con sus correspondientes orificios secundarios, localizados a diferentes distancias de la línea media, que habitualmente drenan líquido sero-purulento (abscesos crónicos parcialmente drenados).

Enfermedad pilonidal recidivante: se produce aproximadamente en el 15% de los pacientes intervenidos previamente por esta enfermedad, que presentan cicatrices anteriores y fibrosis, por lo que puede que el orificio primario no sea visible.

Diagnóstico diferencial El diagnóstico diferencial debe realizarse con la hidrosadenitis supurativa, las fístulas perianales de origen criptoglandular o por enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn fundamentalmente), los forúnculos cutáneos, la osteomielitis y, de forma más excepcional, con la actinomicosis y los granulomas tuberculosos o sifilíticos.

Tratamiento el tratamiento del sinus pilonidal es habitualmente quirúrgico, ya sea mediante técnicas incisionales o excisionales, con el objetivo de conseguir la curación con una tasa de recidivas y morbi-mortalidad bajas. el abordaje conservador se basa en la higiene y el rasurado o depilación de la zona interglútea, que permite obtener buenos resultados en algunos pacientes seleccionados. Algunos autores han propuesto la inyección de fenol al 80% en el trayecto sinusal, bajo anestesia local, con el fin de destruir el epitelio, esterilizar la cavidad y arrastrar los pelos y esfacelos, si bien los resultados de este tratamiento no son muy favorables, debido a la elevada tasa de recidivas y a la formación de abscesos.