



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“FISTULECTOMIA Y FISTULOTOMIA”

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

**MATERIA: CLÍNICAS QUIRÚRGICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

FISTULOTOMÍA.

La fistulotomía extirpa sólo el techo del trayecto fistuloso y deja en su sitio el fondo.

La fistulotomía es el tratamiento de elección para las fístulas simples con una recurrencia de 2 a 9% y con alteración de la continencia entre 0 y 17%.

La técnica quirúrgica es similar a la fistulectomía, pero al momento de incidir la piel, se profundiza con el electrobisturí sólo hasta el nivel del estilete y se reseca sólo el tejido que incluye el techo.

Algunos cirujanos prefieren retirar el tejido de granulación de la parte expuesta de la fístula, dejando la capa subyacente fibrosa y pálida.

Esto se logra con el bisturí, con una cucharilla cortante o con una legra.

Con la fistulotomía efectivamente se reseca menos cantidad de tejido, tanto en amplitud como en profundidad y puede disminuir el riesgo de incontinencia fecal por sección esfinteriana y permite una cicatrización más rápida.

FÍSTULAS.

El drenaje de un absceso anorrectal cura a la mitad de los pacientes. La otra mitad desarrolla una fístula anal persistente.

Las fístulas anales se consideran la evolución crónica de un absceso anal.

La mayor parte de éstas es secundaria a un absceso y se define como la comunicación epitelizada entre el conducto anal o el recto (orificio primario) y la piel perianal (orificio secundario).

En promedio, el 50% de los pacientes con absceso anal desarrolla una fístula y existe una mayor incidencia en hombres, con una edad en la presentación de 30 a 50 años.

Hasta el momento no se han identificado factores de riesgo fehacientes para el desarrollo de una fístula posterior a un absceso.

Las fístulas anales son secundarias casi siempre a abscesos de origen criptoglandular (95% de los casos).

Debe determinarse si se trata de una fístula simple o compleja.

El objetivo del tratamiento de la fístula anal es erradicar la infección sin sacrificar la continencia.

El tratamiento quirúrgico depende de la localización de las aberturas interna y externa y el trayecto de la fístula.

La abertura externa se observa como una elevación roja de tejido de granulación con drenaje concurrente o sin él.

Puede ser más difícil identificar la abertura interna.

Con frecuencia es posible tratar las fístulas interesfinterianas simples mediante **fistulotomía** (abertura del trayecto fistuloso), legrado y cicatrización por segunda intención.

FISTULECTOMÍA.

La fistulectomía consiste en la extirpación completa de la fístula.

La fistulectomía con reconstrucción primaria del esfínter siempre implica el riesgo de incontinencia si existe una dehiscencia de la rafia del esfínter.

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.

El estándar de oro en el tratamiento de la fístula anal es la fistulotomía.

Bibliografía.

Leon, G., Tapia, J., Hurtado, M., Torres, R., & Magaña, J.. (2017). Tratado de cirugía general. México : El manual moderno.

Principios de Cirugía, Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed.Interamericana/McGraw-Hill. Madrid, 2010.