

Clinica quirurgica

Alondra Monserrath Diaz Albores

Dr. Romeo Antonio Molina Roman

Quinto semestre

PASIÓN POR EDUCAR

Plataforma

“A”

4ta unidad

FISTULA ANAL

Es un desgarro del anodermo en un punto distal en relación con la línea dentada.

Es un túnel que se forma entre el ano y la piel que lo rodea, y que se caracteriza por tener dos aberturas: una interna y otra externa.

Epidemiología: Alrededor de 2 casos/10,000 habitantes en América. Con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años de edad. Mayor frecuencia en varones

Etiología: Abscesos anales, cuerpos extraños, enfermedad de Crohn, fisuras anales, traumatismos Infecciones.

Fisiopatología: Obstrucción de glándulas anales en la pared del canal anal, estenosis y crecimiento excesivo de bacterias, formación de abscesos anales, extensión del absceso a espacios perirrectales adyacentes, formación de fistula.

Generalidades: Se relaciona con un traumatismo por el paso de heces duras o diarrea prolongada. Un desgarro en el anodermo induce espasmo del esfínter anal interno, cuyos efectos son dolor, aumento del desgarro y disminución del riego al anodermo. Este ciclo de dolor, espasmo e isquemia contribuye al desarrollo de una herida que cicatriza mal y se torna una fisura crónica. La inmensa mayoría de las fisuras anales ocurre en la línea media posterior; 10 a 15% se presenta en la línea media anterior. Y menos del 1% se reconoce fuera de la línea media.

Signos y síntomas: Dolor desgarrador con la defecación, hematoquecia, un orificio en la piel que rodea el ano, un área roja e inflamada alrededor del orificio de túnel, exudado de pus, sangre o heces por el orificio de túnel, fiebre.

Exploración física: Observar si hay uno o más orificios en la piel alrededor del ano. palpar si se puede sentir un trayecto en forma de cordón, insertar una sonda para determinar la profundidad y dirección de la fístula Insertar un anoscopio, un tubo corto y rígido, para localizar el orificio interno de la fístula. Es posible observar la fisura en el anodermo al separar con suavidad los glúteos. Con frecuencia los sujetos están muy sensibles para tolerar un tacto rectal, anoscopia o proctoscopia.

Fisura aguda: Es un desgarro superficial del anodermo distal y casi siempre cicatriza con tratamiento médico.

Fisura crónica: Se forma una ulceración y se levantan los bordes, con lo cual se observan las fibras blancas del esfínter anal interno en la base de la úlcera.

Diagnóstico: Resonancia magnética: Esta prueba permite identificar la ubicación del túnel de la fístula, y proporciona imágenes detalladas del músculo del esfínter y otras estructuras del suelo pélvico.

Ecografía endoscópica: Esta prueba, que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia, permite identificar la fístula, los músculos del esfínter y los tejidos circundantes.

Fistulografía: Se trata de una radiografía de la fístula que utiliza un agente de contraste inyectado para identificar el túnel de la fístula anal.

Examen bajo anestesia: Un cirujano de colon y recto podría recomendar el uso de anestesia durante el examen de la fístula. Esto permite evaluar detenidamente el túnel de la fístula y puede ayudar a identificar cualquier posible complicación.

Sonda: Para identificar el túnel de la fístula, se utiliza un instrumento especialmente diseñado para insertarse a través de la fístula.

Tratamiento: Fistulotomía: Es la cirugía más común y se realiza cuando la fístula no cruza el esfínter. Consiste en abrir la fístula para que sane desde abajo hacia arriba.

Seton: Se coloca un hilo a través del trayecto de la fístula.

Bibliografía:

Principios de Cirugía

S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (1 vol.). Madrid, 2.010