



Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Daniela Elizabeth Carbajal De León

Técnicas quirúrgicas.

PASIÓN POR EDUCAR

6°

“A”

Dr. Romeo Antonio Molina Román.

Comitán de Domínguez Chiapas a 06 de diciembre del 2024

FISTULA ANAL

DEFINICIÓN MÉDICA

La fístula anal es una conexión anormal entre el canal anal y la piel perianal, generalmente derivada de un proceso inflamatorio o infeccioso crónico en las glándulas anales (criptoglandular). Estas conexiones pueden variar en su trayectoria, complejidad y localización anatómica.

EPIDEMIOLOGÍA

- Mundial:

La incidencia general es de 1-2 casos por 10,000 personas al año.

Afecta predominantemente a hombres (2-4:1) y a individuos en edad laboral (30-50 años).

- México:

Datos específicos son limitados, pero se presume una prevalencia similar a otros países en vías de desarrollo. La mayoría de los casos están asociados a infecciones criptoglandulares, enfermedades inflamatorias intestinales y, ocasionalmente, a la tuberculosis o trauma local.

ETIOLOGÍA

1. Criptoglandular (80-90% de los casos): Infección de las glándulas anales secundarias a abscesos anorectales.

2. Secundarias a enfermedades sistémicas:

- Enfermedad de Crohn.
- Tuberculosis.
- Actinomicosis.
- Infección por VIH o ETS (gonorrea, linfogranuloma venéreo).

3. Trauma:

Cirugías previas o trauma obstétrico.

4. Neoplasias: Adenocarcinoma anal o rectal.

5. Causas raras: Radioterapia, cuerpos extraños.

FISIOPATOLOGÍA DE LA FÍSTULA ANAL

La fístula anal es el resultado de un proceso patológico que involucra principalmente infecciones de las glándulas anales, formando trayectos anormales entre el canal anal y la piel perianal.

1. Glándulas anales y origen criptoglandular

Anatomía normal:

El canal anal contiene entre 4 y 10 glándulas anales ubicadas en la línea pectínea. Estas glándulas desembocan en las criptas anales y se extienden hacia el espacio interesfinteriano.

Su función es secretar moco que facilita el paso de las heces.

Evento inicial:

Obstrucción del drenaje glandular:

La obstrucción por detritos fecales, inflamación o trauma facilita la proliferación bacteriana.

Este proceso provoca una infección glandular y formación de un absceso perianal.

2. Formación del absceso y diseminación

Desarrollo del absceso:

La infección progresa hacia el tejido interesfinteriano, formando un absceso limitado.

Si no se drena de manera espontánea o quirúrgica, el absceso puede extenderse a planos más profundos.

Los tejidos afectados dependen de la resistencia de las barreras anatómicas, como los esfínteres y el diafragma pélvico.

- Extensión del absceso:

Interesfinteriano: Dentro del espacio entre el esfínter interno y externo.

Transesfinteriano: A través del esfínter externo hacia la piel perianal.

Supraesfinteriano: Extensión por encima del esfínter externo y hacia el espacio isquiorrectal.

Extraesfinteriano: Extensión hacia planos pélvicos más profundos o secundario a procesos no criptoglandulares, como trauma o enfermedad de Crohn.

3. Formación del trayecto fistuloso

Cuando el absceso drena espontáneamente hacia la piel o es drenado quirúrgicamente sin eliminar la causa subyacente, puede persistir un trayecto fistuloso.

Factores contribuyentes a la formación del trayecto:

- Infección residual en la glándula.
- Presión intracavitaria elevada por acumulación de pus.
- Inflamación crónica que perpetúa la conexión entre los orificios interno y externo.

4. Progresión hacia la cronicidad

La persistencia del proceso infeccioso y la continua descarga de material purulento consolidan el trayecto fistuloso.

Factores predisponentes a la cronicidad:

Fallo en el drenaje adecuado del absceso.

Presencia de factores sistémicos como inmunosupresión, enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn), tuberculosis o malignidad.

5. Mecanismos implicados en la incontinencia

En fístulas complejas o tras intervenciones quirúrgicas, la afectación de los esfínteres anales (interno y externo) puede comprometer la continencia.

Esfínter interno: Responsable del tono anal en reposo; su lesión puede causar pérdida de la continencia pasiva.

Esfínter externo: Actúa durante la contracción voluntaria; su afectación puede generar incontinencia activa al esfuerzo.

6. Factores etiológicos alternativos

Aunque la mayoría de las fístulas son criptoglandulares, otras etiologías modifican el mecanismo fisiopatológico:

Enfermedad de Crohn: Inflamación transmural en la pared intestinal, favoreciendo trayectos fistulosos a través de tejidos adyacentes.

Tuberculosis: Formación de trayectos fistulosos por necrosis caseosa.

Neoplasias: Invasión tumoral que interfiere con la integridad de los tejidos anales.

CLÍNICA

Síntomas principales:

Drenaje constante o intermitente de material purulento o seroso por un orificio externo.

Dolor anal, especialmente durante episodios de obstrucción o formación de abscesos.

Prurito o irritación local.

- Examen físico:

Orificio externo visible en la región perianal.

Trayecto fibroso palpable.

Eritema, tumefacción o induración alrededor de la región anal.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

1. Clínicos:

Inspección y palpación perianal.

Exploración digital rectal.

2. Instrumentales:

Anoscopía para identificar el orificio interno.

3. Imagenología:

Ultrasonido endoanal: Evalúa trayectos y abscesos.

Resonancia magnética (RM): Gold standard para clasificar fístulas complejas.

Fistulografía: Utilizada raramente.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Generalmente complementario al manejo quirúrgico.

Antibióticos:

Metronidazol y ciprofloxacino (especialmente en casos asociados a enfermedad de Crohn o infecciones activas).

Terapias inmunomoduladoras:

En enfermedad de Crohn: Inhibidores de TNF-alfa (infliximab, adalimumab).

Control del dolor: Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINES).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

1. Fístulas simples:

Fistulotomía: Técnica de elección; consiste en abrir el trayecto fistuloso para permitir la cicatrización secundaria.

2. Fístulas complejas:

Colocación de setones: Ayuda a mantener el trayecto abierto y prevenir infecciones recurrentes.

Colgajos de avance: Técnica reconstructiva que cierra el orificio interno para preservar la continencia.

LIFT (Ligadura del trayecto interesfinteriano): Técnica mínimamente invasiva.

3. Técnicas avanzadas:

Taponamiento biológico: Uso de pegamentos de fibrina o tapones biológicos.

Abordaje por cirugía robótica o laparoscópica: En casos extraesfinterianos o con gran afectación.

CLASIFICACIÓN DE PARKS (ANATÓMICA)

Esta es una de las clasificaciones más utilizadas para valorar la patología de las fístulas anales. Clasifica las fístulas según su relación con los esfínteres anales:

- Fístula interesfinteriana:

Se encuentra entre el esfínter interno y externo, sin comprometer los músculos esfinterianos.

- Fístula transesfinteriana:

Atraviesa ambos esfínteres (interno y externo), lo que puede comprometer la continencia.

- Fístula supraesfinteriana:

El trayecto de la fístula pasa por encima de los esfínteres, atravesando el espacio supraesfinteriano.

- Fístula extraesfinteriana:

El trayecto pasa por fuera de los esfínteres, afectando tejidos adyacentes

Bibliografías

Abcarian, H. (2011). Anorectal abscess and fistula: Diagnosis and management. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 24(1), 14-21. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1272824>

Parks, A. G., Gordon, P. H., & Hardcastle, J. D. (1976). A classification of fistula-in-ano. *British Journal of Surgery*, 63(1), 1-12. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800630102>