

ARTÍCULO ORIGINAL

Fístulas anales recidivantes A propósito de 115 casos

Dr. Joaquín Villalba Acosta

Resumen

En el presente trabajo se revisan 115 casos de fístulas anales recidivantes sobre un total de 398 pacientes operados por fístulas anales criptoglandulares en la 2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción y en el Hospital Regional de San Lorenzo, Paraguay, en un período comprendido entre agosto de 1986 a marzo de 1995.

El promedio de operaciones previas fue de tres intervenciones, realizadas en 89% por cirujanos no especializados. La causa más común de recidiva fue la intervención incompleta, particularmente la falta de tratamiento del orificio primario. La mayoría de las recurrencias aparecieron entre los seis meses a dos años y fueron más frecuentes en las fístulas altas.

Las fístulas anales recidivantes fueron tratadas por la puesta a plano por etapas. Presentaron nueva recidiva tres pacientes (2,6%) y hubo trastornos leves de la continencia en 22 pacientes (19,1%).

Summary

The author makes a revision of 115 cases of recidivant anal fistulas over a total of 398 patients who underwent surgery due of cryptoglandular anal fistulas at the 2nd. Surgical Clinic at the Hospital de Clínicas of the Facultad de Ciencias Médicas in Asunción and at the Hospital Regional in San Lorenzo, Paraguay between august 1986 and March 1995.

There was an average of three previous operations carried out in 89% of the cases by non-specialized surgeons. The most common cause of recidive was incomplete procedure, particulary lack of treatment

of primary ostium. Most recidives appeared after 6 months to 2 years and were more frequent in upper fistulas. Recidivant anal fistulas were treated by means of step by step opening.

3 patients presented new recidive (2,6%) and there were slight disorders in continence in 22 patients (19,1%).

Palabras clave: Fístula anal

Introducción

Las fístulas anales recurrentes son frecuentes en la práctica del especialista. Muchas fístulas simples se tornan complejas y de difícil solución por motivo de operaciones reiterativas. Existe la tendencia de considerar como intervenciones menores a las operaciones por fístulas anales y con frecuencia, son confiadas a cirujanos en etapa de formación, hechos que explican en parte la mala reputación de este procedimiento quirúrgico.

En la literatura no hay muchas publicaciones sobre las fístulas polioperadas. El objetivo de este trabajo es revisar las causas, el tratamiento y los resultados del mismo.

Material y método

Se revisan 115 casos de fístulas recidivantes de 398 operados por fístulas anales criptoglandulares en la 2ª. Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción y en el Hospital Regional de San Lorenzo, Paraguay, durante el período comprendido entre agosto de 1986 y marzo de 1995.

Fueron del sexo masculino 87 pacientes (75,7%) y 28 mujeres (24,3%), con edad promedio de 39 años y rango entre 22 y 71 años.

Se interrogó a los pacientes sobre el número de operaciones previas, intervalo de reaparición

1. Profesor Asistente de Clínica Quirúrgica. Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional, Asunción, Paraguay. Presentado en el 46º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 1995.

Correspondencia: Dr. Joaquín Villalba Acosta. Defensores del Chaco 383, San Lorenzo, Paraguay

Tabla 1. Tipos de fístulas y recidivas

	<i>Tipos de fístulas</i>		<i>Recidivas</i>	
Transesfinterianas bajas	241	(60,6%)	47	(19,5%)
Transesfinterianas altas	76	(19,1%)	31	(40,8%)
Interesfinterianas	49	(12,3%)	19	(38,7%)
Supraesfinterianas	32	(8%)	18	(56,2%)
Totales	398	(100%)	115	(28,9%)

de la enfermedad y la formación de los cirujanos intervinientes.

El examen se orientó a la identificación del tipo de fístula, clasificada según la propuesta por Denis y colaboradores; se propuso el tratamiento por etapas de las fístulas recidivantes según la altura del trayecto y se señalaron las complicaciones que aparecieron, mediante un seguimiento que va de 6 meses a 8,6 años, con un promedio de 3 años.

Resultados

Del total de 398 casos de fístulas anales operadas, 115 fueron previamente intervenidas (28,8%). El número de intervenciones previas variaron entre una a diecisiete operaciones, con un promedio de tres intervenciones por fístula anal.

Las intervenciones previas fueron realizadas por cirujanos generales y residentes en 80 pacientes (69,6%), por cirujanos digestivos con alguna experiencia en cirugía proctológica en 22 pacientes (19,1%) y por especialistas en 13 pacientes (11,3%).

Las cirugías previamente realizadas fueron consideradas incompletas en 107 casos (93%). El orificio primario no fue tratado en 72 pacientes (62,6%). En 35 pacientes (30,4%) pasó desapercibido un trayecto secundario y en ocho pacientes (7%) los controles posoperatorios fueron inadecuados.

El tiempo de reaparición de la fístula varió entre 6 meses y 15 años. En 104 pacientes (90,4%) reaparecieron antes de los 2 años y entre ellos en 81 (70,4%) entre los 6 y 8 meses. En 11 pacientes reaparecieron después de dos años, con extremos de 15 años.

La relación entre tipos de fístula del grupo total y las recidivas puede observarse en la tabla 1.

De acuerdo a esta tabla, las fístulas altas son las que recidivaron con mayor frecuencia, pero si se considera por separado a las fístulas recidiva-

das, 41% son de trayecto bajo y por tanto aparentemente simples.

El tratamiento de estas fístulas recidivadas fue la puesta a plano en una etapa en 66 pacientes (57,4%), portadores de fístulas transesfinterianas bajas e interesfinterianas. La fistulectomía fue realizada en dos etapas en 44 pacientes (38,3%), portadores de fístulas transesfinterianas altas y supraesfinterianas, asociadas en algunos casos a sección lenta con sedal elástico, y en tres etapas en cinco pacientes (4,3%) portadores de fístulas en herradura de trayecto supraesfinteriano.

Con este procedimiento terapéutico, hubo tres recidivas propias (2,6%). Una, en un portador de fístula en herradura, cuya recidiva consistió en la persistencia de un trayecto interesfinteriano. Otra, en un paciente con fístula compleja con antecedente de enfermedad de Fournier de origen fistuloso, con persistencia de un trayecto interesfinteriano. La tercera recidiva fue en un paciente con fístula muy compleja, con incontinencia anal completa por sección iatrogénica de los esfínteres y dos trayectos falsos, uno de los cuales de trayecto extraesfinteriano con comunicación a la ampolla rectal, cuya recidiva consistió en la reaparición de una fístula de trayecto bajo. Las dos primeras fueron resueltas por el mismo equipo quirúrgico y el tercer paciente se niega a nueva intervención hasta la fecha. Dos de estas recidivas volvieron a aparecer a los 6 meses y una a los 8 meses.

Hubo disturbios menores de la continencia anal en 22 pacientes (19,1%).

En los portadores de fístulas bajas se dieron dificultad ocasional de continencia para gases en dos pacientes y manchado ocasional de ropa íntima en tres pacientes (10,6%).

En portadores de fístulas transesfinterianas altas se vieron dificultad para gases y manchado de ropa íntima en cuatro pacientes, pérdida ocasional de líquidos en dos y de líquidos en un paciente (22,5%).

En las fístulas interesfinterianas, se tuvo dos pacientes con dificultad ocasional para contener

gases y dos con pérdida ocasional de gases y líquidos (21%).

En los portadores de fístulas supraesfinterianas, hubo dos pacientes con dificultad para gases y manchado y tres con fuga ocasional de gases y líquidos (27,7%).

Ningún paciente tuvo problemas de continencia para heces de consistencia normal.

Discusión

La incidencia de fístulas recidivantes en este análisis es de 28,9%, hecho que señala la alta frecuencia de fístulas anales polioperadas en la práctica de un especialista.

Las causas encontradas fueron, en la mayoría, el tratamiento incompleto, en especial la falta de tratamiento del orificio primario –fundamental para la curación de la fístula– y de trayectos secundarios, que pasan frecuentemente inadvertidos.

El lapso de reaparición de la fístula fue, en más de 90% de los casos, antes de los dos años y más frecuentemente, entre los 6 y 8 meses, en coincidencia con lo señalado por diversos autores⁽¹⁻⁷⁾. Otro factor a mencionar es la relación entre la recidiva y el entrenamiento del cirujano ya que, casi 90% de las operaciones previas fueron realizadas por cirujanos no especializados. Además, las intervenciones proctológicas son consideradas de poca monta y consecuentemente, confiadas a cirujanos en etapa de aprendizaje, sin la debida orientación de un experto en este tipo de cirugía. Aquí se puede repetir la frase que el primer cirujano actuante tiene la responsabilidad de resolver los casos que emprende; en caso contrario un procedimiento simple puede convertirse en complejo y plantear problemas potenciales de difícil solución, aún para expertos.

La clasificación de las fístulas recidivantes, no difiere de la descrita para las fístulas anales en general, siendo utilizada la propuesta por Denis y colaboradores⁽⁸⁾.

El tratamiento corresponde al de una fístula de primera mano y depende de la altura del trayecto fistuloso en relación al aparato muscular esfinteriano. En esta serie, se procedió a la puesta a plano por etapas. El tratamiento con sedal es un procedimiento igualmente válido y hay una profusa literatura al respecto^(1,2,4,6,9-12).

En cuanto a las complicaciones, se obviaron las de menor importancia y se centró en la recidiva y los trastornos de la continencia. Mediante un seguimiento de 6 meses a 8 años, se encontró

que casi todas curaron, pero se acompañaron de una incidencia considerable de trastornos menores de la continencia anal. Los disturbios funcionales fueron más frecuentes en las fístulas altas (21 a 27,7%), lo cual no se aparta de lo reportado en la literatura^(5,9,11). Estos problemas de la continencia, en las fístulas recidivadas, son más elevados que las señalados en revisiones globales^(11,7) y son próximos a las que se observan en fístulas complejas^(5,11,12).

Conclusiones

Las recidivas aparecen, en general, antes de los dos años y se deben a tratamiento incompleto realizado, en la mayoría de los casos, por cirujanos sin la experiencia adecuada.

El tratamiento de las fístulas anales recidivadas no se aparta de las reglas establecidas para cualquier modalidad de fístula. La mayoría curan con las reintervenciones, pero se acompañan de una incidencia importante de trastornos funcionales.

Es posible disminuir la frecuencia de las complicaciones cuando el tratamiento es realizado por cirujanos de experiencia, con buen conocimiento de la anatomía funcional de la región anorrectal.

Bibliografía

1. Adams D, Kovalcick PJ. Fistula in ano. Surg Ginecol Obstet 1981;153:731-2.
2. Ani AN, Solancke TF. Anal fistula. A review of 82 cases. Dis Colon Rectum 1976;19:51-5.
3. Bucham R, Grace RH. Anorectal suppuration. The results of treatment of the factors influencing the recurrence rate. Br J Surg 1973;60:537-40.
4. Chrabot CM, Prasad LM, Abcarian H. Recurrent anorectal suppuration. Dis Colon Rectum 1983;26:105-8.
5. Denis J, Lemarchand N, Dubois N et al. Les fistules anales supra-sphinctériennes. Ann Gastroenterol Hepatol 1983;19:399-404.
6. Villalba J. Fístulas anales criptoglandulares del adulto. Estudio comparativo de dos series. Asunción: Universidad Nacional. Facultad de Ciencias Médicas 1993. Tesis.
7. Parks AG, Stitz RW. The treatment of high fistula in ano. Dis Colon Rectum 1976;19:487-99.
8. Hancke E, Bach R, Junginger TH. Anorectal abscesses predisposing factors for recurrences. Coloproctology 1992;19:393-7.
9. Denis J, Dubois N, Du Puy Montbrun Th et al. Une classification des fistules anales. Ann Gastroenterol Hepatol 1983;19:393-7.
10. Marks CG, Ritchie JK. Anal fistula at St Mark's Hospital. Br J Surg 1977;64:84-91
11. Oh C. Management of high recurrent anal fistula. Surgery 1983;93(2):330-2.
12. Villalba J. Fístulas anales complejas. Cir Paraguay 1995;19(2-3):10-5.