

## ARTICULO ORIGINAL

### Recidiva de fístulas perianales post quirúrgicas en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas, San Lorenzo año 2008-2019

### Recurrence of post-surgical perianal fistulas in the II General Surgery Service of Clínica's Hospital, San Lorenzo year 2008-2019

Machaín, Gustavo Miguel<sup>1</sup>; Domínguez, Rubén<sup>1</sup>; Sosa, Israel<sup>1</sup>; Nayar, Gerson David<sup>1</sup>; Páez, Larissa Inés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica. San Lorenzo, Paraguay.

Como referenciar éste artículo | How to reference this article:

Machaín GM, Domínguez R, Sosa I, Nayar GD, Páez LI. Recidiva de fístulas perianales post quirúrgicas en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas, San Lorenzo año 2008-2019. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, 2021; 54(2): 97-102.

## RESUMEN

Una Fístula Anal es la comunicación anormal entre el conducto anorrectal y la piel. El objetivo central en el tratamiento de la fístula anal es eliminar la fístula y los síntomas, prevenir la recurrencia y preservar la función del esfínter anal. El único tratamiento curativo para las fístulas anales criptogénicas es la cirugía. Se realizó un estudio observacional, descriptivo con componentes analíticos, de corte transversal, con un muestreo no probabilístico de casos consecutivos en pacientes operados de fístulas anales por el Servicio de Coloproctología en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas San Lorenzo (2008-2019). De un total de 112 pacientes, no existió relación estadísticamente significativa entre el grado de obesidad, las comorbilidades, los distintos síntomas, la complejidad de la fístula ni la región comprometida y la recidiva postquirúrgica. La técnica quirúrgica más empleada fue la fistulotomía en el 75,9% de los casos. Las recidivas se vieron en 6.25% de los pacientes. En nuestra serie el riesgo de obtener una recidiva era 16 veces mayor en las fístulas complejas con relación a las simples (RR = 15,9 para p=0,001) y existió una relación estadísticamente significativa entre el tipo de cirugía realizada y el porcentaje de recidiva post quirúrgica. Las fístulas anales son una entidad nosológica de relevancia, que crea molestias hasta problemas en el desenvolvimiento tanto laboral como social por lo cual debe ser motivo de estudio exhaustivo en nuestro hospital como lo es en el mundo.

**Palabras Clave:** Fístula anal, cirugía, recurrencia.

*Autor correspondiente:* Dra. Larissa Páez López. Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica. San Lorenzo, Paraguay. E-mail: laripaez17415@gmail.com

*Fecha de recepción el 6 de Marzo del 2021; aceptado el 21 de Junio del 2021.*

## ABSTRACT

An Anal Fistula is an abnormal communication between the anorectal duct and the skin. The central goal of its treating is to eliminate the fistula and symptoms, prevent recurrence, and preserve anal sphincter function. The only curative treatment for cryptogenic anal fistulas is surgery. An observational, descriptive study was carried out with analytical components, cross-sectional, with a non-probabilistic sampling of consecutive cases in patients operated on for anal fistulas by the Coloproctology Service in the II Surgery Department of Clínica's Hospital of San Lorenzo (2008-2019). Out of a total of 112 patients, there was no statistically significant relationship between the degree of obesity, comorbidities, different symptoms, the complexity of the fistula or the anal region involved, and the postoperative recurrence. The most used surgical technique was fistulotomy in 75.9% of the cases. Recurrences were seen in 6.25% of the patients. In our series, the risk of obtaining a recurrence was 16 times greater in complex fistulas than in simple ones (RR = 15.9 for  $p = 0.001$ ) and there was a statistically significant relationship between the type of surgery performed and the percentage of postoperative recurrence. Anal fistulas are a relevant nosological entity, which creates discomfort in both work and social development, which is why it should be the subject of exhaustive study in our hospital as it is in the world.

**Keywords:** Anal fistula, surgery, recurrence.

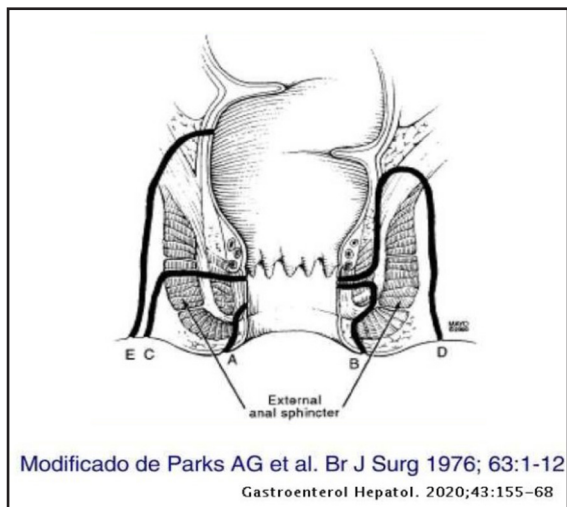
## INTRODUCCION

Una Fístula Anal es la comunicación anormal entre el conducto anorrectal y la piel. Es un proceso infeccioso crónico que en su fase aguda forma un absceso anal. La mayoría de las fístulas anales tienen un origen criptoglandular. Después de un absceso anorrectal evoluciona a una fase crónica manifiesta por la fístula anal. También puede tener otro origen como la enfermedad inflamatoria intestinal (1).

Las Fístulas se clasifican en simples y complejas. Las simples se definen como trayectos interesfinterianos o transesfinterianos en los que se identifica el orificio interno, por debajo del anillo anorrectal. Por otra parte, se denominan fístulas complejas las que, por su trayecto o sus características, pueden representar un riesgo en la función del aparato esfinteriano. Dentro del grupo de fístulas complejas, se encuentran aquellas cuyo trayecto se extiende por arriba del anillo anorrectal, que involucran tres cuartas partes o más de la circunferencia del esfínter anal externo, o las que tienen relación con el músculo puborrectal, como las transesfinterianas superiores, supraesfinterianas y extraesfinterianas, así como las que se presentan en relación con

un padecimiento concomitante que ponga en riesgo su cicatrización (2).

La clasificación de Parks (3) (ver Imagen 1) es la más utilizada, no solo porque describe con precisión el trayecto anatómico, sino también por la complejidad de la cirugía, la necesidad de un grado variable de esfinterotomía y la potencial incontinencia anal.



**Figura 1.** Clasificación de Parks. A-. Fístula superficial, B- Inter-esfinteriana, C- Trans-esfinteriana, D- Supra-esfinteriana, E- Extra-esfinteriana

El objetivo central en el tratamiento de la fístula anal es eliminar la fístula y los síntomas, prevenir la recurrencia y preservar la función del esfínter anal. El éxito del tratamiento está en relación con identificar satisfactoriamente el orificio primario y cortar la menor cantidad de esfínter. El único tratamiento curativo para las fístulas anales criptogénicas es la cirugía. La presencia de tejido glandular tapizando las paredes del sector más interno del trayecto, es lo que impide la curación espontánea (4).

El 95% de las fístulas inespecíficas pertenecen a las variedades interesfinteriana y transesfinterianas. Estas últimas se clasifican en bajas y altas de acuerdo con la altura en que atraviesan el esfínter externo (5).

El procedimiento más sencillo y efectivo para obtener la curación es la fistulotomía completa, siendo la conducta de elección en todas las fístulas interesfinterianas y transesfinterianas bajas, cualquiera sea el cuadrante donde asienten. Por el contrario, cuando se trata de un trayecto transesfinteriano alto, extraesfinteriano o fístulas complejas, la táctica deberá adecuarse a las características individuales de cada caso.

Debido a la prevalencia de las fístulas anales en la actualidad, derivado de la prevalencia de los abscesos anales, y el rango etario en el que se desenvuelven, la problemática que generan se da tanto en la esfera social como a nivel económico. Los gastos generados, teniendo en cuenta días de internación, insumos, medicación pre y pos quirúrgica hacen relevante el manejo de esta patología periorificial, que si bien no es incapacitante puede causar muchas molestias e incomodidad a la población que presenta esta enfermedad. El objetivo de este trabajo es evaluar los factores intrínsecos y extrínsecos de las fístulas perianales que llevan o no a la recidiva posterior al manejo quirúrgico.

## MATERIALES Y METODOS

**Diseño:** Observacional, Descriptivo con componentes analíticos, de corte Transversal.

**Muestreo:** no probabilístico de casos consecutivos.

### Sujetos:

- Población enfocada: pacientes operados por el diagnóstico de fístulas anales.
- Población accesible: pacientes operados de fístulas anales por el Servicio de Coloproctología en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas San Lorenzo (2008-2019).

**Marco temporal:** período de enero del año 2008 a diciembre del año 2019.

### Criterios de inclusión:

- Fichas de pacientes operados de fístulas anales.

### Criterios de exclusión:

- Fichas incompletas.
- Pacientes con patologías dérmicas en la región que puedan afectar la curación de las heridas quirúrgicas.

### Reclutamiento de datos

*Variables:* edad, sexo, comorbilidades, motivo de consulta, síntomas, región anal afectada, trayecto, tipo de fístula, tipo de cirugía, complicaciones, recidiva de fístula.

*Instrumento de trabajo:* fichas clínicas de pacientes con diagnóstico fístula anal operados por el Servicio de Coloproctología en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas San Lorenzo (2008-2019).

*Análisis y gestión de datos:* se utilizó el Microsoft Excel para la elaboración de tablas y Epi info para el análisis de datos.

*Tamaño de muestra:* Para el cálculo del tamaño de la muestra fueron tomados como tamaño de la población el total de pacientes que consultaron en Coloproctología en dichos años (9848) y la proporción de individuos que posee la característica estudiada (553). Intervalo de confianza del 95,5% ( $p=0,05$ ). Del mismo resultó una  $N=75$ . En total se estudiaron 112 fichas.

## ASUNTOS ÉTICOS

- Confidencialidad: La información de los pacientes se mantendrá en el anonimato.
- Beneficencia: Los resultados y conclusiones estarán enfocados hacia el entendimiento de factores de riesgo en nuestro Servicio.
- No maleficencia: Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para el paciente.
- Justicia: Los resultados y conclusiones de esta investigación estarán disponibles a todo aquel que lo requiera.

## RESULTADOS

De un total de 112 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente por el Servicio de Coloproctología de la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de San Lorenzo (2008-2019), la edad media fue de  $42,60 \pm 14,3$  años, con una edad mínima de 18 y máxima de 83 años. El 82% (84 pacientes) fueron de sexo masculino.

Referente a las comorbilidades, la principal fue la dislipidemia en 26 casos (23,2%), seguido de la HTA y DM II, también se observaron hasta en un 19,6% de la serie (N=22). Del total de pacientes sólo el 19,6% presentaba un peso normal; el 34,8% presentó Obesidad Grado I seguido del 32,1% que presentó sobrepeso. Menos frecuente fueron vistos pacientes con Obesidad Grado II 8,9% y Obesidad Grado III 4,4%. No existió relación estadísticamente significativa entre el grado de obesidad, las comorbilidades y la recidiva postquirúrgica.

Los principales motivos de consulta fueron el dolor, el prurito y las secreciones. De ellas el dolor representó el principal motivo de consulta con 41%; (N=46) seguido de las secreciones con 32% del total (N=36). Las secreciones fueron purulentas en el 64,3% de los casos (N=72) y serohemáticas en un 35,7% (N=40). La sensación de cuerpo extraño o tumoración fue constatada en 67,8% de los pacientes (N=76) y el prurito en 50,9% de los pacientes (N=57). Solo algunos pacientes refirieron sensación febril (16%, N=18). No fue encontrada una

asociación significativa entre la presencia de los distintos síntomas y la presencia de una fístula simple o compleja ni en la recidiva post quirúrgica ( $p>0,05$ ).

Cabe destacar que debido a las dificultades en conseguir estudios auxiliares del diagnóstico y a la situación económica de nuestros pacientes no se realizaron ultrasonografías endoanales, ni resonancias magnética ni fistulografías. En todos ellos se realizaron exploraciones endoanales intraoperatorias para la evaluación del trayecto fistuloso.

El 61% presentó comprometida la región perineal anterior (N=69) y el 39% restante la región posterior (N=43). No existió una relación estadísticamente significativa entre la región de la fístula y su recidiva post quirúrgica,  $p>0,05$  mediante la prueba Chi cuadrado.

Se encontró un total de 66,9% de fístulas anales simples (N=75) y 33% de fístulas anales complejas (N=37). En nuestra serie, en la región anterior, se encontraron 31 fístulas complejas (44,9% de la Fístulas de la Región Anterior) y en la región posterior un total de 6 (14% de las fístulas de la región posterior). La probabilidad de encontrar una fístula compleja en la región anterior fue 5 veces mayor que en la región posterior (RR=4,9 para  $p=0,001$ ). Existió una relación estadísticamente significativa entre las fístulas consideradas complejas y su recidiva post quirúrgica,  $p>0,05$  mediante la prueba Chi cuadrado.

Los trayectos más frecuentes fueron el transesfinteriano bajo con el 46,4% (N=52) y el interesfinteriano con 36,6% (N=41), seguidos por el transesfinteriano alto con 11,6% (N=13). También fueron vistos casos extraesfinterianos y en herradura representando el 2,68% para cada una (N=3).

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas (Ver tabla 1), la técnica más empleada fue la fistulotomía en el 75,9% de los casos (N=85) Seguida de la ligadura interesfinteriana de trayecto fistuloso (LIFT) con el 9,82% (N=11). También se realizaron fistulotomías parciales con colocación de sedal laxo en 6,25% de los casos (N=7), fistulectomías en 5,36% (N=6) y fistulectomía parcial más fistulotomía con

colocación de sedal en 2,68% (N=3). Las recidivas se vieron en 6.25% de los pacientes

(N=7), de los cuales 6 eran Fístulas Complejas y todos ellos eran del sexo masculino.

Cirugía Realizada	Número de Pacientes (%)	Número de Pacientes recidivados (%)
Fistulotomía	85 (75)	4 (50)
Fistulotomía + Sedal	7 (6)	3 (37)
Fistulectomía	6 (5)	0 (0)
Fistulectomía Parcial + Fistulotomía + Sedal	3 (2)	1(12)
LIFT	11 (9)	0 (0)
Total	112 (100)	8 (100)

*Chi cuadrado: 18,63  
p=0,009 (<0,05)*

**Tabla 1.** Cantidad de pacientes según la cirugía realizada y su porcentaje de recidiva

En nuestra serie el riesgo de obtener una recidiva era 16 veces mayor en las fístulas complejas con relación a las simples (RR = 15,9 para p=0,001) y existió una relación

estadísticamente significativa entre el tipo de cirugía realizada y el porcentaje de recidiva post quirúrgica.

## DISCUSION

La literatura indica una prevalencia clara del sexo masculino sobre el femenino, 2-3:1; nuestro estudio no fue la excepción (6).

En cuanto a la edad de los pacientes la media de edad fue de 42 años que coincide en la distribución por edades de Williams (7), donde la mayor proporción de casos se da a la cuarta década de vida.

Las comorbilidades como dislipidemia, HTA, DM II, si bien se daban en nuestros pacientes no existía una asociación clara respecto al padecimiento de la fístula y su recurrencia postquirúrgica. La mayoría de nuestros pacientes estaban fuera de su peso normal siendo la obesidad grado I la prevalente en la serie. Contrario a lo que uno esperaría, considerando que los pacientes diabéticos tienden a presentar abscesos perianales de manejo complejo en mayor porcentaje, no se observa relación de los mismos con la patología, incluso en estudios como el de Hamadani (8) los pacientes no diabéticos tuvieron 2,7 veces más probabilidades de tener recurrencia que los pacientes con diabetes.

A diferencia de otros estudios, en este no se hizo referencia a estudios auxiliares de diagnósticos ya que la exploración endoanal se

realizó directamente durante el acto quirúrgico. Esto podría considerarse como un factor detrimental en cuanto al verdadero trayecto fistuloso diagnosticado y sería ideal contar con tales auxiliares de diagnóstico para mejor valoración prequirúrgica.

Se operaron en total 112 pacientes como cirugías electivas, de los cuales 61% comprometían la región anterior y 39% la región posterior. El trayecto más frecuentemente encontrado en nuestro trabajo fue el transesfinteriano bajo, seguido de las fístulas interesfinterianas. Si bien las dos representan la mayor cantidad de fístulas en las distintas series, esto contrasta con la literatura mundial, como en trabajos de Williams (7), donde las interesfinterianas son las más frecuentes seguidas de las transesfinterianas. Nuestras cifras de fístulas extraesfinterianas fueron mayores a las reportadas por Pera (9).

De las cirugías realizadas, la fistulotomía fue la técnica más empleada (75,9%) seguida de LIFT (9,82%). En una revisión sistemática para el manejo de las fístulas anales, Coñoman (10) comparó el resultado de la fistulotomía con la fistulectomía. Relacionan los resultados clínicos e imagenológicos por ecografía endoanal sin encontrar evidencia significativa de superioridad de una técnica sobre la otra. Sin embargo,

en dicho estudio, se recomienda el uso de la fistulotomía sobre la fistulectomía (10).

En cuanto a recurrencia, en nuestra serie se constató recidivas en 6,25% y existió una relación estadísticamente significativa entre el tipo de cirugía realizada y el porcentaje de recidiva post quirúrgica. El porcentaje de recidiva de los pacientes es ligeramente menor a la descrita en la literatura mundial, Nicholls (11), expone la recurrencia a los 2 años de 7 – 16% para la fistulotomía. En nuestra experiencia la poca colaboración de los pacientes y la falta de adhesión al seguimiento por parte de los mismos hacen difícil el seguimiento posterior a los 6 meses de cirugía.

Concluyendo podemos decir que las fístulas anales son una entidad nosológica de relevancia, que crea molestias hasta problemas en el desenvolvimiento tanto laboral como social. Dicha enfermedad posee distintos tipos de presentación y de resolución quirúrgica variable debido a los distintos tratamientos actuales.

#### **DECLARACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES**

Gustavo Miguel Machaín Vega: Jefe de servicio, tutoría y guía para la elaboración del trabajo.

Rubén Domínguez Azuaga: cirujano a cargo, tutoría y guía para la elaboración del trabajo.

Israel Sosa Dorigoni: cirujano a cargo, tutoría y guía para la elaboración del trabajo.

Gerson David Nayar Villasanti: Residente de cirugía general, análisis de datos.

Larissa Inés Páez López: Residente de cirugía general, análisis de datos.

#### **CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN**

Los autores declaran no tener conflictos de interés, no estar involucrados como investigadores en ensayos clínicos en curso sobre el tema, y no haber recibido donaciones o beneficios por parte de los grupos interesados en las recomendaciones.

Los autores abajo firmantes declaran la aceptación de publicación en la revista y la declaración de que todos los autores han

leído y aprobado el manuscrito, de que se han cumplido los requisitos para la autoría y de que cada autor opina que el manuscrito obedece a un trabajo honrado.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Joaquín Villalba A., Rubén Domínguez A., Alcides Recalde C. Historia de la Coloproctología. Editorial Servilibro. Afecciones Frecuentes en Coloproctología. Asunción-Paraguay 2015. Pág. 15 – 22.
2. Vásquez, D. Fistula anal, experiencia de 5 años en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México. *Cir Gen.* 2014;36(4):218-224
3. Boscá, M. M., Alós, R., Maroto, N., Gisbert, J. P., Beltrán, B., Chaparro, M., ... Hinojosa, J. (2019). Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) para el tratamiento de las fistulas perianales de la enfermedad de Crohn. *Gastroenterología y Hepatología. Gastroenterol Hepatol.* 2020;43(3):155-168
4. Joaquín Villalba A., Rubén Domínguez A., Alcides Recalde C. Abscesos y Fistulas Anales. Editorial Servilibro. Afecciones Frecuentes en Coloproctología. Asunción-Paraguay 2015. Pág. 337 – 358.
5. BANNURA, G.; RICAURTE, FRANCISCO; SCÁNDAR, PAULINA. Resultados del tratamiento quirúrgico de la fistula anorrectal: análisis de 70 pacientes. *Rev Chil Cir*, 1999, vol. 51, no 6, p. 615-22. DE JUAN, Fernando de la Portilla. Principios prácticos de ecografía anal y rectal. Ediciones Díaz de Santos, 2004.
6. Fistula in ano: an overview. *British Journal of Surgery.* Vol 79. 2012. pp. 9-13.
7. Williams G, Williams A, Tozer P, Phillips R, Ahmad A, Jayne D, Maxwell-Armstrong C. The treatment of anal fistula: second ACPGBI Position Statement - 2018. *Colorectal Dis.* 2018 Jul;20 Suppl 3:5-31. doi: 10.1111/codi.14054. PMID: 30178915.
8. Hamadani, Ali B.S. Who Is At Risk for Developing Chronic Anal Fistula or Recurrent Anal Sepsis After Initial Perianal Abscess?, *Diseases of the Colon & Rectum: February 2009 - Volume 52 - Issue 2 - p 217-221* doi: 10.1007/DCR.0b013e31819a5c52
9. PERA, Miguel, et al. Tratamiento de la fistula rectouretral tras prostatectomía radical mediante la exposición transesfinteriana posterior de York Mason. *Cirugía Española*, 2008, vol. 84, no 6, p. 323-327.
10. COÑOMAN, S., et al. Fístula recto perineales: resultados del tratamiento quirúrgico. *Rev. chil. cir*, 2000, vol. 52, no 5, p. 511-8.
11. Nicholls RJ. Fistula in ano: an overview. *Acta Chir lugosl.* 2012;59(2):9-13. doi: 10.2298/aci1202009n. PMID: 23373352.