

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **70**

Número
Number **6**

Noviembre-Diciembre
November-December **2002**

Artículo:




Seton de corte lento ¿la respuesta para las
fístulas anales?

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Seton de corte lento ¿la respuesta para las fístulas anales?

Acad. Dr. César Óscar Decanini-Terán,* Dr. Gonzalo Hagerman-Ruiz Galindo,**
Dr. Carlos Belmonte-Montes,*** Dra. Margarita Chiapa-Cortés,† Dr. Roberto Hernández-Alejandro§

Resumen

Introducción: el presente estudio se llevó a cabo con el propósito de evaluar las ventajas de un método basado en la colocación de un seton de cortante para el tratamiento de fístulas anorrectales. La técnica utilizada consistió en la colocación de un seton sin realizar corte al esfínter anal interno ni externo y llevar a cabo un ajuste lento, valorando su impacto en la recurrencia e incontinencia.

Métodos: se incluyó la revisión retrospectiva comprendido entre el 22 de enero de 1992 al 27 de diciembre de 1997 de todos los pacientes con diagnóstico de fístulas anorrectales de origen criptoglandular, admitidos en el Hospital "American British Cowdray", IAP, en la Ciudad de México, cuyo tratamiento consistió en la colocación de seton durante un lapso de tiempo. El registro total comprendió 42 pacientes: 31 hombres y 11 mujeres. El seton se colocó en quirófano y bajo este procedimiento, el esfínter anal interno y externo se conservaron intactos. Se inició el ajuste tres semanas después del procedimiento inicial y, posteriormente, se realizaron ajustes semanales que estuvieron en dependencia del nivel de tolerancia del paciente. La valoración de la continencia y recurrencia postoperatoria se realizó mediante entrevista telefónica.

Resultados: se incluyeron 42 pacientes: 31 del sexo masculino y 11 del femenino, cuya edad promedio era de 43.6 años (edad oscilante entre 28 y 70 años) y seguimiento medio de 33.6 meses (9-65). Se intervinieron quirúrgicamente 10 fístulas interesfintéricas con un tiempo medio con seton de 9.7 semanas, 13 transesfintéricas bajas con promedio de 10.7 semanas y 8 fístulas recurrentes con promedio de 18.2 semanas. Todas las fístulas fueron extirpadas, no hubo recurrencias y ninguno de los pacientes presentó incontinencia.

Summary

Purpose: This study was undertaken to evaluate the success of a different method of placing the cutting Seton in treatment of anorectal fistulas. This treatment consisted of placement of a Seton without carrying out a cut in the internal or external anal sphincter and effecting a slow adjustment, evaluating its impact on recurrence and incontinence.

Methods: A retrospective review of all patients with diagnosis of anorectal fistulas of cryptoglandular origin admitted to the American British Cowdray Medical Center, IAP in Mexico City who had Seton placement as treatment during a period from January 1992 to December 1997 who were included, for a total of 42 patients, 31 men and 11 women. The Seton was put in place in the operating room and the internal anal sphincter was left untouched. Adjustments were initiated 3 weeks after initial procedure depending on patient tolerance. Post-operative continence and recurrence state were evaluated by telephone call carried out by a third party not involved in the study.

Results: Forty two patients were included, 31 men and 11 women, with mean age of 43.6 years (range 28-70 years) and average follow-up of 33.65 months (range 9-65 months), 10 intersphincteric fistulae with mean time with Seton of 9.7 weeks, 13 low transsphincterics with average of 10.1 weeks, 11 high transsphincterics, mean time 10.7 weeks, and eight recurrent fistulae with an average of 18.2 weeks. All fistulas healed, there were no recurrences, and no patient presented incontinence.

* Departamento de Cirugía General. American British Cowdray Medical Center, IAP. Ciudad de México.

** Residente de Cirugía General. Hospital Central Militar. Ciudad de México.

*** Jefe de la Clínica de Colon y Recto. Hospital Central Militar. Ciudad de México.

† Departamento de Cirugía General. Hospital Ángeles de las Lomas. Ciudad de México.

§ Residente de Cirugía General. Hospital de Especialidades Siglo XXI. IMSS. Ciudad de México.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. César Óscar Decanini Terán
Sur 136 No. 116 Consultorio 504
Col. Las Américas
01120, México, D. F.

Recibido para publicación: 25-02-2002.

Aceptado para publicación: 30-09-2002.

El tratamiento de las fístulas anorrectales con seton de cortante constituyen una buena opción. La ausencia de incontinencia y recurrencia pueden ser el resultado de la lentitud en el ajuste del seton.

Palabras clave: seton de cortante, fístula anorrectal, fistulotomía.

Treatment of anorectal fistulae with cutting Setons offers a good option with no incontinence or recurrences observed secondary to very slow adjustment of the Seton.

Key words: Cutting Seton, Anorectal fistula, Fistulotomy.

Introducción

La fístula anorrectal es consecuencia de la comunicación anormal entre el canal anal y la piel perianal, es un proceso infeccioso crónico que en su fase aguda crea un absceso⁽¹⁾.

La gran mayoría de las fístulas tiene origen criptoglandular⁽²⁾. Las fístulas anorrectales se dividen en simples y complejas; tradicionalmente se han considerado simples las fístulas interesfintéricas y las transesfintéricas bajas⁽³⁾, y complejas o altas las fístulas en las que una parte del trayecto se desplaza por la parte superior del músculo puborrectalis; son éstas las transesfintéricas altas, supraesfintéricas y extraesfintéricas^(3,4).

El tratamiento definitivo de la fístula anorrectal es, definitivamente, quirúrgico y tiene como objetivo erradicar la infección y evitar la recurrencia con el menor índice posible de incontinencia⁽⁵⁾. Se han utilizado muchas modalidades para dicho propósito: fistulotomía⁽⁶⁾, fistulectomía⁽¹⁾, fistulotomía por estadios con la utilización de seton⁽⁷⁾ y el avance de colgajo de mucosa rectal⁽⁸⁾. Todos estos procedimientos han mostrado índices de curación aceptables, pero los niveles de incontinencia continúan elevados.

En este estudio se propone el uso del seton de corte lento con la finalidad de encontrar un método capaz de incrementar la preservación de la continencia.

Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad del seton en su variedad de corte secuencial lento no quirúrgico (ajuste) durante un período de 5 años en pacientes con fístulas anorrectales complejas, y su impacto en la recurrencia e incontinencia postoperatoria.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital "American British Cowdray Medical Center" IAP, de la Ciudad de México, en el período comprendido entre enero de 1992 hasta diciembre de 1997. Para dicho estudio se incluyeron pacientes con diagnóstico de fístula anorrectal de origen criptoglandular. La muestra constó de 42 pacientes: 31 del sexo masculino y 11 del femenino. Se les clasificó de forma tran-

soperatoria mediante la clasificación de Parks⁽⁹⁾. El seguimiento medio fue de 33.6 meses (margen de 9-65).

Todos los pacientes fueron intervenidos por un único cirujano especialista y su equipo quirúrgico. La técnica de colocación del seton implicó el traslado del paciente al quirófano y aplicación de anestesia general o regional. Se les colocó en posición prona, se separaron los glúteos con cintas adhesivas y se realizó anoscopia en todos los casos.

Se procedió a localizar el orificio interno con el explorador de cripta y el orificio externo con un estilete maleable; una vez identificado el trayecto de la fístula se logró el anodermo y la mucosa, resecaados mediante electrocauterio de punta fina sobre el trayecto del estilete, respetando el mecanismo del esfínter. A continuación, se anudó la seda al estilete y se guió a través del trayecto fistuloso. Posteriormente, se anudó el tubo de silastic de aproximadamente 12 cm de longitud con un grosor de 0.3 cm con la seda y se introdujo a través del tracto. Se anudaron uno y otro extremos del seton con seda conservándolo laxo. Finalmente se marsupializaron los bordes con vicryl 4-0.

El ajuste del seton se inició en el consultorio, tras haber transcurrido 3 semanas del procedimiento quirúrgico. Hubo un intervalo entre cada ajuste, que varió de 7 a 21 días según el grado de tolerancia del paciente. El ajuste del seton se lleva a cabo por el cirujano que valora, en cada visita, la cantidad de seton a ajustar hasta que se presenta la caída del mismo de forma espontánea. Al momento del corte del estudio, se realizó una entrevista telefónica con el objetivo de valorar la continencia postoperatoria de cada paciente, así como la satisfacción con el procedimiento. La primera interrogante fue dirigida a conocer si el paciente sufría alguna molestia anorrectal relacionada con la cirugía; en caso afirmativo, la segunda pregunta valoraba los síntomas que el paciente presentaba. La tercera pregunta tenía por objeto valorar cualquier inconveniente derivado del tratamiento, incluyendo los ajustes del seton.

Resultados

La edad promedio de los 42 casos fue de 43.6 años (margen de 28-70). Diez pacientes se diagnosticaron con fístulas interesfintéricas altas para un tiempo medio con el seton de

9.7 semanas, 13 transesfintéricas bajas con promedio de 10.1 semanas, 11 transesfintéricas altas con promedio de 10.7 semanas y 8 pacientes con fístulas recurrentes, que presentaban el antecedente de haber sido tratados quirúrgicamente, con promedio de 18.2 semanas. El primer ajuste del seton se inició a la tercera semana del procedimiento inicial, el grado y la frecuencia de los ajustes subsiguientes dependieron del estado de continencia pre-operatoria, la edad y tolerancia. El margen de seguimiento fue de 9 a 65 meses.

Posterior al tratamiento con seton, todos los pacientes refirieron estar libres de síntomas y se manifestaron satisfechos con el procedimiento. No se presentó caso alguno de incontinencia ni de recurrencia hasta la fecha de corte del estudio.

Discusión

El objetivo principal de la cirugía para fístulas anorrectales es erradicar la infección, así como evitar la recurrencia e incontinencia. El procedimiento más eficaz para controlar la infección y evitar la recurrencia ha consistido en la división del tejido que forma el trayecto fistuloso con la consiguiente pérdida de la continencia en fístulas complejas^(5,10).

Se han considerado diversas técnicas para tratar fístulas complejas. Una de ellas, usa el seton en la llamada fistulotomía por etapas; bajo este procedimiento se localiza el orificio interno de la fístula y se coloca un seton en el trayecto fistuloso, permitiendo el proceso de cicatrización por 4-8 semanas^(7,11) y de recurrencias cercanas al 8%^(2,7,11). Otros autores hacen referencia la fistulotomía simple, en la que se abre totalmente el trayecto fistuloso con la consiguiente división del mecanismo de esfínter e índices de incontinencia que oscilan entre 27 a 62%^(5,6).

El avance mucoso para corregir el defecto muestra porcentajes de incontinencia menores 8%, incontinencia a gases de 7%, a heces líquidas de 6% y recurrencias de 1.5%⁽⁸⁾.

Nuevos reportes han demostrado recurrencia e incontinencia de 0% con esta técnica⁽³⁾.

Todos los reportes analizados muestran un índice de recurrencia aceptable, no así de incontinencia, la cual afecta, de manera en extremo importante, la vida social y sexual de los pacientes.

El principio de tratamiento, con el uso del seton, radica en la sección progresiva y lenta del mecanismo de esfínter mientras se va creando fibrosis secundaria, con lo que se conserva la función del mecanismo de esfínter evitando así la incontinencia. Williams y colaboradores⁽¹¹⁾, en su trabajo con 13 pacientes en los que se implantó seton de corte lento no reportaron recurrencia, sin embargo, mencionan un índice de incontinencia menor con 54% y de incontinencia mayor con 8%, resultados contrarios a los encontrados en el presente estudio. Otros autores^(5,12)

mencionan porcentajes de incontinencia de hasta 60 a 67% cuando se utiliza el seton cortante. Tales porcentajes son mucho más altos que los observados en nuestro estudio y es probable que la diferencia en los resultados de la lentitud en el ajuste del seton se deban al hecho de que el esfínter interno no es dividido. La continencia de los 42 pacientes se evaluó de manera indirecta una vez concluido el tratamiento. Ninguno de los pacientes hizo mención sobre síntoma alguno que pudiera sugerir incontinencia, y todos estaban satisfechos. Tradicionalmente, el seton cortante, se ha utilizado para el manejo de fístulas altas⁽⁷⁾ y complejas, en herradura^(13,14), el excelente control de la infección y bajo porcentaje de recurrencia e incontinencia fue el factor motivante de los autores a usar el seton, también, para el tratamiento de fístulas interesfintéricas, dado que el procedimiento de la fistulotomía, deriva en incidencia de 12 a 37% de incontinencia y recurrencia nula para todos los tipos de fístulas. El seton, por lo tanto, puede utilizarse de diversas maneras al tratar fístulas complejas,⁽¹⁵⁾ los porcentajes de recurrencia son bajos y los problemas que representa la incontinencia son mínimos. Los resultados sugieren que, el punto clave para lograr el excelente índice de continencia postoperatorio puede deberse al ajuste en extremo lento del seton, porque en muchos de los casos se difirió hasta que el paciente se sintiera capaz de tolerarlo, en ocasiones pudiendo tardar hasta 3 semanas y en donde el tiempo total del ajuste pudo abarcar períodos de varios meses.

El seton de corte lento es un procedimiento útil en el manejo de pacientes que presentan diferentes tipos de fístulas anorrectales, incluso en recurrentes. Presenta porcentajes de incontinencia y recurrencia extremadamente bajos, además es aceptado y bien tolerado por el paciente. Todo esto puede deberse, probablemente, al ajuste lento del seton, que es valorado cuidadosamente en cada visita.

Referencias

1. Gordon PH. Anorectal abscess and fistula in anus. In: Colon, rectum and anus. 1st ed. St Louis, MO, USA: Quality Medical Publishing, Inc; 1992.pp.221-265.
2. Seow Choen F, Nicholls RJ. Anal fistula. Br J Surg 1992;79:197-205.
3. Miller GV, Finan PJ. Flap advancement and core fistulectomy for complex rectal fistula. Br J Surg 1998;85:108-110.
4. Wexner S, Rosen L, Roberts PL, Lowry A, et al. Practice parameters for treatment of fistula in ano-supporting documentation. Dis Colon Rectum 1996;39:1361-1372.
5. García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, Goldberg SM, Madoff RD. Anal fistula surgery factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum 1996;39:723-729.
6. Van Test WF, Kuijpers HC. Continence disorders after anal fistulotomy. Dis Colon Rectum 1994;37:1194-1197.
7. García-Aguilar J, Belmonte C, Wong DW, Goldberg SM, Madoff RD. Cutting Seton & two-stage Seton fistulotomy in the surgical management of high anal fistulas. Br J Surg 1998;85:243-245.

8. Aguilar PS, Plascencia G, Hardy TG, Hartmann Rf, Stewart RC. Mucosal advancement in the treatment of anal fistula. *Dis Colon Rectum* 1985;28:496-498.
9. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JE. A classification of fistula in ano. *Br J Surg* 1976;63:1-12.
10. Oh C. Management of high recurrent anal fistula. *Surgery* 1983;93:330-332.
11. William JG, MacLeod CA, Rothemberger DA, Goldberg SM. Seton treatment of high anal fistulae. *Br J Surg* 1991;78:1159-1161.
12. Hamalainen KPJ, Sainio AP. Cutting Seton for anal fistulas. High risk of minor control defects. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1443-1447.
13. The ASCRS Standards Practice Task Force. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1361-1372.
14. Ustynovski K, Rosen L, Stasik J, Riether R, Sheets J, Khubchandani IT. Horseshoe abscess fistula Seton treatment. *Dis Colon Rectum* 1996;33:602-605.
15. Walfisch S, Menachem Y, Koretz M. Double Seton- a new modified approach to high transphincteric anal fistula. *Dis Colon Rectum* 1997;40:731-732.

