

# Nuevas alternativas en fístulas anorrectales: ¿Hay lugar aún para la fistulotomía?

Dr. Quintín González Contreras,\* Dra. Heydi Rapalo Schmahlfeldt

Las primeras descripciones de las fístulas perianales datan desde 430 años a.C. hechas por Hipócrates.<sup>1</sup> Una fístula se describe como la comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas. Una fístula-en-ano es un trayecto o cavidad anormal que comunica con el recto o el canal anal a través de un orificio interno identificable. La mayoría de las fístulas se consideran la manifestación crónica o consecuencia de una infección criptoglandular. Las glándulas anales a nivel de las criptas pueden penetrar a través del esfínter anal interno hasta el espacio interesfintérico. La obstrucción de los ductos de estas glándulas resulta en estasis y supuración, lo que puede llevar a la formación de un absceso interesfintérico. Generalmente este absceso se puede extender caudalmente a lo largo del espacio interesfintérico yemerger cerca del borde anal como un absceso perianal (interesfintérico bajo) o extenderse lateralmente a través del esfínter externo hacia la fosa isquioanal y dar lugar a un absceso isquioanal (transesfintérico). Una vez resuelto el proceso agudo del absceso, éste recurrirá ya sea como un absceso recurrente o como una fístula con drenaje crónico de material purulento hasta en un 89% de los casos.<sup>2</sup>

El objetivo en el tratamiento de la fístula anal es erradicarla sin alterar la continencia del paciente y evitando su recurrencia; sin embargo, en muchas ocasiones esto representa un reto para el cirujano. El manejo dependerá del tipo y complejidad de la fístula. La clasificación más utilizada es la que fue popularizada por Parks<sup>3</sup> en 1976 que las categoriza según su relación con los esfínteres anales: interesfintérica, transesfintérica, supraesfintérica y extraesfintérica. Además, el término "compleja" se atribuye a aquéllas cuyo tratamiento representa un riesgo alto para la continencia del paciente. Se les considera complejas cuando el trayecto atraviesa más de 30–50% del esfínter anal externo, cuando es de localización anterior en una mujer, cuando tiene múltiples trayectos, el paciente tiene incontinencia previa o antecedentes de radiación o de enfermedad de Crohn.<sup>4</sup> Múltiples técnicas se han descrito para intentar lograr este objetivo. Hipócrates<sup>1</sup> describió el uso de crin de caballo como un setón y luego, hace ya más de 600 años, John Arderne<sup>5</sup> describió el manejo con "herida abierta", ya sea mediante una fistu-

lotomía o una fistulectomía, manejo que continúa vigente. Recientemente han surgido nuevos procedimientos que intentan respetar el aparato esfinteriano como son los avances de colgajos, uso de pegamento de fibrina y tapones de varios materiales, en especial para el manejo de las fístulas complejas.

Ante las múltiples opciones de tratamiento y el constante temor a la lesión de la continencia del paciente, nace la interrogante de cuál es el procedimiento ideal para el manejo de esta patología y de si la fistulotomía, que conlleva la sección de parte del mecanismo esfintérico, debe todavía ser empleada, o si debe ser sustituida completamente por los nuevos procedimientos propuestos. La manera de contestarnos esta interrogante es intentar analizar los resultados de cada uno de los procedimientos en casos similares. Este objetivo fue el que seguían Malik y Nelson en la revisión sistemática que publicaron recientemente en el 2008<sup>6</sup> y el que se planteó en el panel de discusión de expertos que tuvo lugar en el marco del 95 Congreso Anual del Colegio Americano de Cirujanos llevado a cabo en Chicago en octubre de este año, con el título de "Nuevos procedimientos para la fístula anal: Tiene la fistulotomía todavía un rol?" moderado por la Dra. Ann Lowry y el Dr. Amir Bastawrous<sup>7</sup> y cuyas conclusiones principales señalaremos y son la base de esta revisión.

A la fecha existen 2 estudios aleatorizados controlados que compararon la fistulotomía contra la fistulectomía. El estudio por Kronborg<sup>8</sup> demostró una cicatrización más corta con la fistulotomía comparada a la fistulectomía (34 vs 41 días), lo que resultó estadísticamente significativo ( $p < 0.02$ ). La incontinencia reportada fue de un 4% para la fistulotomía y de un 14% para la fistulectomía, aunque esto no resultó significativo por el pequeño número de la muestra; se observó una clara tendencia a menor incontinencia con la fistulotomía contra la fistulectomía. El otro estudio realizado en México por Belmonte y cols<sup>9</sup> analizó el defecto remanente en el esfínter interno y externo tras las fistulotomías y las fistulectomías mediante ultrasonido endoanal, encontrando un defecto significativamente mayor tras la fistulectomía, sin embargo no analizó el efecto clínico en la continencia de dichos hallazgos.

\* Jefe del Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Existen algunos estudios que han comparado el uso de setones químicos con la fistulotomía y no se han encontrado diferencias en la tasa de incontinencia posterior; sin embargo, no se han realizado estudios comparativos entre el uso de un setón simple de corte con la fistulotomía.<sup>6</sup> En una revisión publicada en el 2009 por Richie y cols<sup>10</sup> sobre los resultados de las diferentes series de casos que usaron el setón de corte como manejo para las fistulas, se encontró que el uso del mismo produce algún grado de incontinencia hasta en un 32% de los pacientes y señalan que reportes menores previos se deben a que la incontinencia leve generalmente no es registrada en la mayoría de los estudios.

El avance de un colgajo rectal como un procedimiento "protector" del esfínter anal ha tomado popularidad en los últimos tiempos para el manejo de fistulas altas o complejas. Descripto desde hace más de 6 décadas por Laird,<sup>11</sup> el avance de colgajo se postula como una opción con tasas de éxito hasta de un 90%. Sin embargo, el éxito de un 64% publicado por Sonoda y cols<sup>12</sup> de la Cleveland Clinic, es un resultado más próximo al de la mayoría de las series. Considerando que el éxito de este procedimiento es menor que el reportado para las fistulotomías, el utilizarlo debe ser en favor de una menor tasa de incontinencia postoperatoria, pero ésta no siempre es reportada. En la revisión sistemática mencionada anteriormente, se analiza el estudio de Pérez y cols<sup>13</sup> donde aleatorizaron 60 pacientes con fistulas anorrectales, 30 a avance de colgajo rectal y 30 a fistulotomía con reconstrucción del esfínter. Las recurrencias fueron del 10% para cada uno de los grupos y la incontinencia reportada fue de 30% para el grupo del avance de colgajo y de 32% para el grupo de fistulotomía, no encontrando diferencia significativa en los resultados entre ambos procedimientos.

La aplicación del pegamento de fibrina en el trayecto fistuloso propone un método de tratamiento que no interfiere con el mecanismo esfinteriano, que puede ser de gran utilidad en las fistulas complejas que involucran gran cantidad del esfínter. Se han reportado tasas de éxito que van desde un 14 hasta un 74%.<sup>14</sup> El mecanismo de acción se cree es la estimulación del crecimiento de fibroblastos y células endoteliales pluripotenciales en el trayecto fistuloso, logrando sellarlo. Lindsey y cols<sup>15</sup> compararon el uso de fibrina con la fistulotomía en las fistulas simples. La fibrina sólo logró cicatrizar el 50% de las fistulas en comparación con el 100% que la fistulotomía logró cicatrizar. Sin embargo, en la otra parte del estudio que comprendía fistulas complejas, el pegamento de fibrina alcanzó mejor tasa de cicatrización que el setón suelto seguido de un avance de colgajo. Se ha propuesto que los trayectos menores de 3.5 centímetros tienden a recurrir más que aquéllos más largos, con tasas de 54% comparadas con 11%, respectivamente; la razón se cree se debe a que los trayectos más cortos no retienen el pegamento tan bien como los trayectos más largos. La ventaja de este manejo es que no hay alteración alguna a la continencia, por lo que puede ser repetido en caso de fracaso, sin dañar el tejido muscular.

El tapón de material bioprostético comercializado bajo el nombre de Surgisis® es un derivado de submucosa de intestino delgado porcino y provee una matriz para el crecimiento de las células del paciente y la reparación del defecto. Las series de casos publicadas hasta la fecha con el uso de este material reportan tasas de éxito que van desde un 40 hasta un 85%.<sup>16-18</sup> Al igual que el pegamento de fibrina, esta nueva técnica es llamativa, pues no representa una agresión para el aparato esfinteriano, sin embargo su uso está limitado por el alto precio del material y se necesitan más estudios a largo plazo para documentar sus tasas de éxito. Su uso aún no es recomendado en los parámetros prácticos de manejo de las fistulas complejas propuestos por la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto.<sup>4</sup>

La última alternativa propuesta más novedosa y la que se está discutiendo en la actualidad es la denominada "LIFT" (por sus siglas en inglés) o ligadura interesfintérica del trayecto fistuloso. Esta técnica propuesta por el Tailandés, A. Rojanasakul,<sup>19</sup> se basa en el concepto del cierre seguro del orificio interno y la remoción de todo el tejido criptoglandular infectado del espacio interesfintérico. La técnica consiste en una incisión curvilinea a nivel de la línea de Hilton, con la posterior disección del plano interesfintérico, hasta localizar el trayecto fistuloso, el cual se dividirá a este nivel y se ligarán ambos extremos, dejando el orificio secundario abierto para drenaje. La experiencia inicial de este autor es con 18 pacientes, donde obtuvo un éxito del 94%, sin ninguna alteración en la incontinencia. El procedimiento es llamativo al no representar ninguna amenaza al aparato esfintérico y no requerir materiales especiales que eleven el precio del procedimiento, pero se necesitarán resultados con un mayor número de casos y con un seguimiento a más largo plazo para poder recomendarlo formalmente.

Ante toda la evidencia mencionada, volvemos a la interrogante inicial de si existe aún un lugar para la fistulotomía ante las nuevas opciones de manejos menos agresivos, y la respuesta es sí. La fistulotomía es el procedimiento con la menor tasa de recurrencias y cuando nos encontramos ante una fistula simple, principalmente de un trayecto interesfintérico, que no seccionará gran cantidad de músculo, ésta debe ser el procedimiento de elección y no intentar manejos más costosos y onerosos que pueden tener mayor riesgo de fracaso. Así lo señalan los parámetros prácticos propuestos por la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto,<sup>4</sup> que recomiendan la fistulotomía para fistulas simples, basándose en un nivel de evidencia clase II, para una recomendación grado B. Cuando nos encontramos ante fistulas complejas, entonces se deberá de individualizar cada caso para escoger entre las otras alternativas como un tapón de Surgisis® o pegamento de fibrina que no lesionarán el esfínter y que, de no funcionar, dejan el tejido intacto para intentar otro procedimiento como puede ser un avance de colgajo. Tampoco se deberá de desechar de nuestro armamentario el uso de un setón

suelto, pues existirán casos en que su uso crónico para evitar los procesos sépticos, sea la mejor opción para un paciente en particular.

La existencia de tantas opciones, sin que ninguna de ellas sea la perfecta, nos hace reconocer que todavía se debe continuar buscando alternativas en beneficio de los pacientes. Todos los cirujanos de colon y recto están siempre a la espera de los resultados de nuevas técnicas ambiciosas como el LIFT.

## Referencias

1. Hippocrates. On fistulae. In: Adams F. *The genuine works of Hippocrates: translated from the Greek with a preliminary discourse and annotations*. New York: William Wood.
2. Vasilevsky CA, Gordon PH. Benign Anorectal: Abscess and fistula. In: Wolff Bg, eds. *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery*. New York: Springer Science + Business Media, LLC; 2007: 192-214.
3. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1-12.
4. Anonymous. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (Revised). The standards practice task force. The American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1337-1342.
5. Arderne J. *Treatises of fistula in ano, haemorrhoids and clysters*. Power D, ed. London, New York: Oxford University Press. 1910.
6. Malik AI, Nelson RL. Surgical management of anal fistulae: a systematic review. *Colorectal Dis* 2008; 10: 420-430.
7. Lowry A, Bastawrous A, Gregorcyk S, Saclarides T, Abbas M, Cintron J, Bleier J. *Panel session: New procedures for anal fistulas: Does fistulotomy still have a role?* American College of Surgeons 95<sup>th</sup> Annual Clinical Congress, October 2009.
8. Kronborg O. To lay open or incise a fistula-in-ano: randomized trial. *Br J Surg* 1985; 72: 970.
9. Belmonte MC, Ruiz GGH, Montes Villalobos JL, Decanini TC. Fistulotomy vs fistulectomy. Ultrasonic evaluation of lesion of the anal sphincter function. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64: 167-70.
10. Ritchie RD, Sackier JM, Hodde JP. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula. *Colorectal Dis* 2009; 11: 564-571.
11. Laird DR. Procedures used in treatment of complicated fistulas. *Am J Surg* 1948; 76: 701-708.
12. Sonoda T, Hull T, Piedmonte MR, Fazio VW. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1622-1628.
13. Perez F, Arroyo A, Serrano P, Sanchez A, Candela F, Perez MT, Calpena R. Randomized clinical and manometric study of advancement flap versus fistulotomy with sphincter reconstruction in the management of complex fistula-in-ano. *Am J Surg* 2006; 192: 34-40.
14. Deeba S, Aziz O, Sains P, Darzi A. Fistula-in-ano: advances in treatment. *Am J Surg* 2008; 196: 95-99.
15. Lindsey I, Smilgin-Humphreys MM, Cunningham C, Mortensen NJ, George BD. A randomized, controlled trial of fibrin glue vs conventional treatment for anal fistula. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1608-15.
16. Ellis CN. Bioprosthetic plugs for complex anal fistulas: an early experience. *J Surg Educ* 2007; 64: 36-40.
17. Van Koperen PJ, D'Hoore A, Wolthius Am, et al. Anal fistula plug for closure of difficult anorectal fistula; a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 2168-72.
18. Thekkinkattil DK, Botterill I, Ambrose NS, et al. Efficacy of the anal fistula plug in complex anorectal fistulae. *Colorectal Dis* 2009; 11: 584-587.
19. Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano. *Tech Coloproctol* 2009; 13: 237-240.