

# LIFT en el tratamiento de la fístula anal

*Dr. Rubén Vargas-de la Llata*

## Resumen

La fístula anal es uno de los padecimientos más frecuentes en la consulta de coloproctología. El tratamiento siempre es quirúrgico y la fistulotomía resuelve la mayoría de los casos con buen porcentaje de éxito. Las fístulas anales denominadas complejas requieren de gran conocimiento de la anatomía de la región anal para poder decidir si es posible su uso sin provocar recidiva o incontinencia o bien utilizar algunos métodos alternativos mediante el uso de colgajos de deslizamiento endorrectal, uso de materiales biodegradables, el tradicional setón y más recientemente el denominado LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract), que aunque con menor posibilidad de éxito, permiten solucionar en varios casos la fístula sin alteración del mecanismo de continencia.

Aunque existen aún muy pocas publicaciones sobre el uso del LIFT en fístula anal, se ha generado interés mundial sobre el procedimiento, que rompe con el paradigma de tratar siempre la cripta causal, por lo que presentamos la revisión de estos artículos, para conocer los resultados actuales de éxito con su uso.

**Palabras clave:** Fístula anal, LIFT, fistulotomía, tratamiento quirúrgico.

## Abstract

Fistula-in-ano is one of the most frequent diseases in colorectal consultation. The treatment is always surgical and the fistulotomy resolves most cases with a good success rate. The so-called complex fistula-in-ano require extensively knowledge of the anatomy of the anal region in order to decide if surgery is needed without causing recurrence or incontinence or to use any other alternative methods using endorectal advancement flaps, the use of biodegradable materials, the traditional seton and more recently the denominated LIFT (ligation of intersphincteric fistula tract), although with less chance of success, would solve several fistula cases without altering of the continence mechanism. Even though there are still very few publications about the use of LIFT in fistula-in-ano, there has been generating worldwide interest about this procedure, which breaks the paradigm of always treating the causal crypt, this is why we present the review of this articles, in order to know the current success with its use.

**Key words:** Anal fistula, fistula-in-ano, LIFT, fistulotomy, surgical management.

## Introducción

La fístula anal es uno de los padecimientos que más frecuentemente se ven en la consulta de coloproctología.

Aunque puede tener otros orígenes, la fístula anal generalmente es el resultado de una infección criptoglandular, que condiciona aparición de un absceso en su fase aguda y una fístula en su fase crónica.

Desde hace muchísimos años se sabe que el tratamiento ideal de las fístulas anales consiste en identificar su trayecto, abrirlo completamente y favorecer que los bordes permanezcan separados hasta que ocurra un cierre por granulación del trayecto, lo que ocurre en 4 a 6 semanas aproximadamente. Éste ha sido sin duda

el paradigma en el manejo ideal de la fístula anal, sin embargo es sólo aplicable a las fístulas simples que por descripción son únicas, rectas, bajas, superficiales y en las que definitivamente el corte muscular del esfínter no pone en riesgo la continencia, lo cual ocurreafortunadamente en la mayoría de las fístulas.

## Tratamiento de las fístulas complejas

El otro grupo de fístulas, las que no deben tratarse por medio de fistulotomía, se encuadran en el término de fístula anal compleja, término que puede parecer subjetivo, ya que depende muchas veces de la experiencia del cirujano, los datos obtenidos por el examen físico

Coloproctólogo – Cirujano General. Servicio de Coloproctología. Hospital General de Zacatecas y Hospital General del ISSSTE, Zacatecas. Ex presidente del Colegio Mexicano de Especialistas en Coloproctología, A.C.

Miembro de la Asociación Americana de Cirujanos de Colon y Recto (ASCRS).

Correspondencia: Dr. Rubén Vargas de la Llata, Hospital San Agustín, Blvd. García Salinas Núm. 19, Col. El Carmen, Guadalupe, Zac. Fax (492) 8994901 E-mail: rgvargasdelallata@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

y la posibilidad de efectuar estudios complementarios con recursos tecnológicos avanzados, pero sin duda, la complejidad de la fístula se ve finalmente establecida por las características anatómicas de la fístula, la complejidad de la intervención quirúrgica y las posibilidades de conservar la continencia.

De acuerdo a lo anterior, deben de considerarse fístulas complejas las siguientes: extraesfinterianas, supra-esfinterianas, transesfinterianas altas y algunas medias, fístulas anteriores en la mujer, las que tienen trayectos secundarios y cavidades intermedias, las fístulas recidivantes, en las que no se encontró el orificio interno, las que tienen varios orificios internos o éstos están por encima de línea pectínea, las fístulas recto-vaginales, las secundarias a EII, en especial Crohn, radioterapia o las neoplásicas.

Los métodos alternativos a la fistulotomía clásica han crecido en los últimos años, de tal forma que algunos de ellos pueden utilizarse y volver a utilizarse, sin provocar pérdida de la continencia y a la vez combinarse con otros tratando de mejorar su eficiencia.

Dentro de este grupo de procedimientos vale la pena mencionar el desplazamiento de colgajo endorrectal, el avance de colgajo anocutáneo, los selladores de fibrina, el tapón de colágena y el ya muy antiguo setón, ahora menos usado.

La inventiva de los cirujanos y el avance tecnológico ha permitido ofrecer curación a muchos pacientes nuevos, a los cuales antes no hubiera sido posible beneficiar.

En los últimos dos años, ha llamado la atención tanto en artículos en revistas prestigiadas como presentaciones en congresos internacionales de la especialidad, un nuevo método que se ha denominado LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract), este método, descrito inicialmente por Rojanasakul A y col. de Tailandia, en marzo de 2007, como “una nueva técnica de cirugía de fístula anal con preservación completa del esfínter”, reportando 18 pacientes con fístula anal, con cicatrización exitosa de la fístula anal en 17 de ellos (94.4%), sin alteración alguna del mecanismo de continencia, lo que obviamente despertó el interés mundial de los especialistas en este tema.<sup>1</sup>

La técnica es sencilla: enema rectal previo, anestesia regional, posición proctológica, identificación de las características de la fístula y del orificio primario, incisión curvilínea a nivel del espacio interesfintérico, sobre el trayecto de la fístula, el cual se disecciona hasta liberarlo, procediendo luego a ligarlo con poliglactina a nivel del esfínter interno y seccionar el trayecto, para interrumpir el flujo fistuloso, se legra la parte distal y se amplía el orificio secundario para facilitar el drenaje.

Originalmente fue recomendado para fístulas transesfintéricas y posteriormente refieren su utilidad en prácticamente cualquier tipo de fístula

Es importante que el trayecto esté ausente de infección aguda y que la inflamación sea mínima, para que el trayecto sea bien definido, si no es así mejor dar tratamiento médico y esperar a que mejoren las condiciones locales.<sup>2</sup>

En la reunión anual de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto, realizado en Hollywood,

Florida, en 2009, se presentaron en pódium dos trabajos, el primero de los autores J Bleier, H. Moloo, avalado por el Dr. Stanley Goldberg, de Minneapolis Minnesota, bajo el título de ligadura interesfintérica del tracto fistuloso (lift): una nueva técnica efectiva, que representa la introducción del método a los EUA. Presentaron 32 pacientes, con fístulas trans y supraesfintéricas corroboradas por ultrasonido, 81% de ellos con falla con otros procedimientos previos, en los que se resolvió la fístula con esta técnica en 50% de ellos, en un seguimiento de 10 meses, sin alteración alguna de la continencia. Concluyen que si bien es un nuevo procedimiento dentro del armamentario de los métodos preservadores de esfínter, hace falta mayor evaluación de los resultados del procedimiento.<sup>3</sup>

En esa misma reunión un segundo trabajo presentado por A. Sahanwani y col, de Malasia, denominado: la ligadura del tracto fistuloso interesfintérico (lift) para fístula anal: técnica salvadora de esfínter, presentaron 45 pacientes, 11% recidivantes, en los que se obtuvo éxito en 82.2%, en un seguimiento de 3 a 8 meses.<sup>4</sup>

En el 2010, también en la Reunión Anual de la ASCRS, realizada en Minneapolis, Minnesota, en el mes de mayo, nuevamente fue abordado el tema en dos trabajos presentados.

El primero realizado por el Dr. A. Aboulian, de Torrance, CA, con el propósito de presentar un video de la técnica y reportar sus resultados preliminares en 22 pacientes, con fístulas transesfintéricas altas, no recomendables para fistulotomía, con un seguimiento de 2 a 15 meses, y con curación aparente de 77% de los casos, sin síntomas de incontinencia en el postoperatorio. Sugieren que por los bajos porcentajes de recurrencia, puede ser el primer método a utilizar, sin necesidad de seton previo, en pacientes con fístula anal y mínima sepsis.<sup>5</sup>

El segundo trabajo de K. Tan y col de Singapur, titulado resultados a largo plazo de la técnica de ligadura del tracto fistuloso interesfintérico (lift) en el manejo de la fístula anal de 25 pacientes, que presentaban fístulas interesfintéricas, transesfintéricas altas y bajas, extraesfintéricas, supraesfintéricas e incluso dobles, con un seguimiento medio de 24 meses, la mayoría con procedimientos previos fallados, en los que se reporta un éxito de 76%.<sup>6</sup>

## Conclusiones

De acuerdo con estos resultados la técnica LIFT parece ser útil sobre todo en fístulas complejas o recidivantes, es una técnica fácil de aprender, sencilla, económica, repetible en caso necesario, pero en la que aún están pendientes resultados de seguimiento a más largo plazo y estudios randomizados controlados, para valorar eficacia y durabilidad del procedimiento, lo cual ha sido recomendado en la revisión Cochrane hecha por Jacob TJ y col recientemente.<sup>7</sup>

## Referencias

1. Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrunguang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano;

- the ligation of intersphincteric fistula tract. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 581-6.
2. Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano. How I do it. *Tech Coloproctol* 2009; 13: 2333777-40.
  3. Bleier J, Moloo H, Goldberg S. Ligation of the intersphincteric fistula tract (lift): an effective new technique for complex fistulae. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 43-46.
  4. Shanwani A, Azmi M, Amri N. The ligation of intersphincteric fistula tract (lift) for fistula-in-ano: sphincter saving technique. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 39-42.
  5. Aboulian A, Kari A, Kumar R. Early results of ligation of intersphincteric fistula tract for fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 4-553.
  6. Tan K, Tan I, Koh D, Tsang C. Long-term results of ligation of the intersphincteric fistula tract (lift) technique in the management of anal fistula. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 4-577.
  7. Jacob TJ, Perakath B, Keighley MR. Surgical intervention for anorectal fistula. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD006319.