



Artículo original

Fístulas anorrectales en niños

Anorectal fistulas in children

Daniel Alejandro Guerra Melgar,* Fidel Alejandro Ballinas Sánchez,*
Luis Roberto Guerra Melgar,* Daniel Guerra De Coss*

* Clínica de Colon y Recto del Sureste. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

RESUMEN

Las fístulas anales son consecuencia en la mayoría de los casos de un absceso anal drenado en forma espontánea o quirúrgicamente sin haber eliminado la cripta que le dio origen. En la población pediátrica no hay diferencia en la etiopatogenia de las fístulas en relación con los adultos, se consideran de origen criptoglandular en 95% de los casos y su tratamiento es quirúrgico, las alternativas se determinan de acuerdo con la clasificación preoperatoria de la fístula y la relación del trayecto con los esfínteres anales. La fistulotomía y la fistulectomía son las alternativas más frecuentes para resolver esta patología. Presentamos revisión retrospectiva de 2011 a 2021 de expedientes de la Clínica de Colon y Recto del Sureste, con 13 casos de fístulas anales en niños con edad de dos meses a 15 años, 12 del sexo masculino y uno del sexo femenino, trayectos interesfíntéricos en 12 pacientes y un caso con trayecto supraesfíntérico bajo. De los 13 pacientes, fueron operados 10 y tres no aceptaron el manejo quirúrgico. El paciente más joven fue de seis meses de edad y el mayor de 15 años. Se manejaron como cirugía ambulatoria y el tipo de anestesia fue sedación endovenosa y anestesia local, con apoyo ventilatorio de mascarilla. Fistulotomía en nueve casos y fistulectomía en un caso. Egresados sin complicaciones. Ninguna recurrencia en seguimiento a un año.

Palabras clave: fístulas, niños, fistulotomía, fistulectomía, cirugía ambulatoria.

ABSTRACT

Anal fistulas are a consequence in most cases of an anal abscess spontaneously drained or surgically drained without having removed the crypt that gave rise to it. In pediatric population there is no difference in etiopathogenesis of fistulas in relation to adults, being considered a cryptoglandular origin in 95% of the cases, and whose treatment is surgical, and the alternatives are determined according to the preoperative classification of the fistula and the relation of the trajectory with the anal sphincters. Being fistulotomy and fistulectomy the most frequent alternatives to solve this pathology. We present a retrospective review from 2011-2021 of files from the southeast Colon and Rectum Clinic, with 13 cases of anal fistulas in children aged from two months to 15 years old, 12 males and one female, intersphincteric trajectories in 12 patients and one case with low suprasphincteric trajectory. Within 13 patients, 10 patients underwent surgical treatment and three did not accept surgical management. The youngest patient was six months old and the oldest was 15 years old. All patients who underwent surgical treatment were managed as ambulatory surgery, with intravenous sedation and local anesthesia, with ventilatory mask support. Fistulotomy in nine cases and fistulectomy in one case all of them discharged without complications. No recurrence at one year follow-up.

Keywords: fistulas, children, fistulotomy, fistulectomy, outpatient surgery.

INTRODUCCIÓN

Hasta 50% de los abscesos perianales pueden evolucionar hacia una fístula en el ano, aunque por lo general suele citarse una cifra de 20%.

Después de dos o más «brotes», se observa en el niño un absceso perianal que sigue drenando o forma una pequeña pústula que se rompe para formarse de nuevo. La fístula suele situarse a un lado del ano en lugar de en la línea media.¹ Se ha propuesto una teoría intrigante según

Recibido: enero 2022. Aceptado: marzo 2022.

Correspondencia: Daniel Alejandro Guerra Melgar

E-mail: dguerramelgar@hotmail.com

Citar como: Guerra MDA, Ballinas SFA, Guerra MLR, Guerra CD. Fístulas anorrectales en niños.

Rev Mex Coloproctol. 2023; 19 (1): 8-13. <https://dx.doi.org/10.35366/111799>



la cual la fístula en el ano es el resultado de una infección en criptas anormalmente profundas que están bajo la influencia de los andrógenos.

Los abscesos anorrectales se denominan primarios o inespecíficos cuando tienen un origen criptoglandular; y secundarios o específicos cuando se relacionan con otras enfermedades como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, traumatismos, cirugía anorrectal previa, cáncer anal o rectal, radiación, linfomas, leucemias, entre otras causas.²

Etiopatogenia

Las criptas anales pueden obstruirse por traumatismos, cuerpos extraños o materia fecal.² Nesselrod postuló tres etapas en la formación del absceso, en la primera el material infectante de las heces penetra en las criptas, éstas, a manera de embudo, permiten que dicho material llegue a las glándulas; en la segunda etapa la infección se propaga a los tejidos perianales, perirrectales, o ambos, y en la tercera se forma el absceso en alguno de los espacios perianales y perirrectales; también existen otros factores involucrados como la virulencia bacteriana y el estado inmunológico del paciente. El absceso a su vez puede drenar de manera espontánea o ser drenado quirúrgicamente, ya sea en consultorio, área de urgencias o en quirófano, dependiendo de las condiciones del paciente, lugar de atención y recursos con que se cuenten en el medio de la atención. De lo anterior y de acuerdo con muchos autores, la posibilidad de formación de una fístula oscila entre 40 y 60%, la cual desde luego requerirá eminentemente un manejo quirúrgico, o bien alguna de las alternativas que se han planteado en diversas publicaciones, las cuales compiten con el estándar de oro de manejo que es la fistulotomía o fistulectomía.³

Clasificación

Las fístulas se clasifican según la trayectoria que siguen a través de estos espacios y la relación que guardan con respecto a los esfínteres anales; la clasificación que más se utiliza actualmente es la de Parks, en la cual se consideran cuatro tipos principales de fístulas:

1. **Interesfintérica.** Es la variedad más frecuente, su trayecto se ubica entre los dos esfínteres, y por lo general el orificio secundario se encuentra en la piel perianal; sin embargo, hay algunos casos en los que se puede asociar un trayecto ciego alto, o bien, abrirse en la parte baja del recto con o sin orificio perianal.
2. **Transesfintérica.** En este tipo de fístulas el trayecto pasa a través del esfínter externo, ya sea a nivel bajo o alto, sin involucrar el músculo puborrectal; cuando aparece una ramificación alta se considera de variedad compleja.
3. **Supraesfintérica.** Al igual que las fístulas anteriores, inicia en la línea dentada, pero en este caso el trayecto asciende y pasa por encima del músculo puborrectal, para finalmente descender a través de la fosa isquiorrectal hasta llegar a la piel perianal; puede haber también una ramificación supraelevadora.
4. **Extraesfintérica.** En este tipo de fístulas el trayecto va desde la piel perianal, atraviesa la fosa isquiorrectal y los músculos elevadores del ano llegando finalmente a la luz del recto. Hay cuatro causas descritas en la formación de estas fístulas: a) infección criptoglandular; b) trauma; c) enfermedad inflamatoria que afecta la región anorrectal; y d) enfermedad inflamatoria intraabdominal que drena hacia la piel, siendo la más común la ocasionada por enfermedad diverticular complicada (de 1 a 7%).

Signos y síntomas

El dolor es el síntoma principal, por lo general es muy intenso e incapacitante, de tipo punzante que se intensifica al sentarse, deambular, toser o estornudar. Se puede presentar una zona de inflamación dolorosa, con hipertermia e hiperemia local; también se puede agregar supuración transanal, fiebre y rectorragia.

El estado general no se encuentra afectado, a menos que coexistan otras enfermedades como diabetes o estados de inmunosupresión.

En los casos en los que ya se ha establecido una fístula, la molestia más frecuente es la presencia de uno o varios orificios en la periferia de la apertura anal, por los cuales drena secreción purulenta en forma continua o intermitente, rara vez se expulsa gas o materia fecal durante la defecación a través de estos orificios; la presencia de secreción o heces irrita la piel y ocasiona escozor y prurito.⁴

El dolor por lo general es poco intenso; sin embargo, en los casos en los que hay alguna ramificación sin drenaje libre la molestia puede ser constante y progresiva; cuando también se ocluyen los orificios secundarios perianales reaparecen síntomas y signos similares a los del absceso anorrectal.

Diagnóstico

El interrogatorio y la exploración proctológica son fundamentales en el caso de los abscesos anorrectales, es necesario descartar antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus o enfermedades inmunosupresoras.

Durante el tacto rectal se deben buscar puntos de abombamiento y dolor en el conducto anal y parte baja del

recto; en ocasiones el guante sale manchado con material purulento, en algunos pacientes se puede realizar anoscopia, maniobra que permite observar la cripta afectada drenando al nivel de la línea dentada.

En la actualidad el ultrasonido endoanal y endorrectal, la tomografía computarizada y la resonancia magnética permiten evaluar la extensión y profundidad de los abscesos. Se debe hacer diagnóstico diferencial con otros procesos supurativos.⁴

Tratamiento

El tratamiento de las fístulas anorrectales es quirúrgico y está determinado por la clasificación preoperatoria de la fístula y por la relación de su trayecto con los esfínteres del ano; los principales riesgos en el tratamiento de las fístulas anorrectales son la recurrencia de las mismas y la incontinencia fecal.^{5,6}

En las llamadas fístulas simples interesfintéricas o con un trayecto transesfintérico bajo, la mayoría de los autores recomienda realizar una fistulotomía, que implica la resección de la pared anterior del trayecto fistuloso, permitiendo que la pared posterior del mismo mantenga unido el tejido muscular del complejo esfinteriano.

Otra alternativa que se utiliza es la fistulectomía, que consiste en la resección completa del trayecto fistuloso; sin embargo, esta segunda alternativa parece tener mayor riesgo de incontinencia fecal.⁵

La utilización de setones o sedales continúa siendo una opción en el tratamiento de fístulas transesfintéricas altas, en las fístulas donde el trayecto involucra más de la mitad del complejo esfinteriano y en las fístulas transesfintéricas anteriores en las mujeres el setón puede usarse como instrumento de drenaje o como instrumento de corte.

El setón de corte produce una fistulotomía por etapas; después de introducir el setón a través del trayecto fistuloso se permite la formación de fibrosis durante un periodo de seis a ocho semanas, después de lo cual se secciona el músculo que rodea al sedal; los índices de recurrencia con este procedimiento varían de 3 a 9%.

Por ello, la colocación de sedal ha sido considerada por algunos autores como una buena opción para las fístulas con importante compromiso esfinteriano o en pacientes propensos a la incontinencia.

Alternativas como pegamento de fibrina en el trayecto, tapón (*plug*), células madre y el tratamiento videoasistido, en el cual se cauteriza el trayecto y se elimina el material mediante irrigación y cierre del orificio interno y por último, la ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso (LIFT) son técnicas y alternativas a considerar como parte del *armamentarium* con que se cuenta para enfrentar el reto que significa para el cirujano una fístula anorrectal,

aunque las cifras de recidiva de la mayor parte de éstas son un tanto superiores a la clásica fistulotomía, y su costo es definitivamente mayor, por lo que se deben utilizar en situaciones especiales y con buen juicio quirúrgico.⁶⁻⁸

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que comprende expedientes de la Clínica de Colon y Recto del Sureste con diagnóstico de fístulas anales en edades pediátricas, incluyendo pacientes desde dos meses hasta 15 años 11 meses de edad, dentro del periodo de enero de 2011 a diciembre de 2021. Se excluyeron pacientes con presentación aguda como absceso anorrectal o absceso fistuloso, pues el objetivo es analizar el manejo de fístulas anales exclusivamente en edades pediátricas como enfermedad crónica, desde luego la mayoría como consecuencia de un absceso anal. Se analizaron datos como la edad al momento del diagnóstico, sexo, cirugías previas por absceso, cirugías previas por fístula, tipo de trayectos, número de trayectos, tipo de hospitalización, tipo de anestesia, medicamentos en el postoperatorio, complicaciones y recidivas en los primeros 12 meses.

RESULTADOS

Se identificaron 13 pacientes con diagnóstico de fístulas anales, 12 del sexo masculino y un caso en sexo femenino, a todos se les planteó la necesidad de manejo quirúrgico como la única y mejor alternativa, 10 pacientes aceptaron la cirugía y tres no aceptaron. El caso más joven fue paciente masculino de seis meses de edad, y el mayor, masculino de 15 años. Dentro de los grupos de edad, entre cero y cinco años, seis casos todos del sexo masculino; de seis a 10 años, tres casos (uno del sexo femenino y dos del sexo masculino); de 11 a 15 años, cuatro casos del sexo masculino. De los 13 casos reportados, tres tenían el antecedente de drenaje quirúrgico y 10 casos drenaje espontáneo de absceso anal. Un caso refería antecedente de cirugía previa bajo anestesia por fístula anal seis meses antes, presentándose como recidiva. Todos los casos operados, un total de 10, se manejaron como cirugía ambulatoria, con ingreso a las 9 am y egreso vespertino, con promedio de seis horas de permanencia hospitalaria. El tipo de anestesia en todos los casos fue sedación y anestesia local, previo ayuno de seis horas. Se identificaron siete casos con un trayecto único, un caso con tres trayectos, un caso con cuatro trayectos y un caso con cinco trayectos; este último, masculino de dos años de edad, y un año de evolución entre la aparición del absceso anal y su diagnóstico, refiriendo el familiar varios cuadros inflamatorios perianales, dejando como consecuencia trayectos fistulosos múltiples.

De los 10 pacientes sometidos a cirugía, se localizaron nueve casos con trayectos interesfintéricos y un caso con trayecto transesfintérico bajo, y en nueve casos se efectuó fistulotomía incluyendo el caso transesfintérico, realizando fistulectomía a un solo paciente masculino de 14 años, a quien por su desarrollo muscular nos sugería tendría poca repercusión en la continencia (Tabla 1).

La posición en la que se colocó a los pacientes para la operación fue variable, dependiendo de la edad y las características físicas de cada uno de ellos, prefiriendo la posición de litotomía para niños pequeños menores de ocho años, lo que además permitía un mejor control de las vías respiratorias a los anestesiólogos y la facilidad para sostener las piernas por un ayudante, o con perneras en niños de mayor tamaño, en tanto que la posición de Sims fue para niños de nueve años en adelante, misma posición que preferimos también en adultos, sobre todo porque en la mayoría de nuestros pacientes usamos la anestesia local con sedación endovenosa, y esta posición facilita y da más tranquilidad al equipo de anestesia para la ventilación del paciente. No utilizamos la posición proctológica o en semipronación o de navaja sevillana en pacientes pediátricos; sin embargo, es de nuestra preferencia en casos de jóvenes o adultos con fístulas complejas o complicadas, en fístulas recidivantes o en casos de abscesos fistulosos, que son aquellos casos de pacientes ya diagnosticados con uno o más trayectos previamente y que se presentan con una agudización por un absceso en mismo sitio o en otro de la región anorrectal. Dentro de los medicamentos que se utilizan con mayor frecuencia en el área de anestesiología en los casos de la cirugía anorrectal, se encuentran midazolam,

sevoflurano y propofol. No se presentaron complicaciones transoperatorias, y al final de los procedimientos quirúrgicos aplicamos bupivacaina por infiltración con aguja fina en las heridas, a dosis de acuerdo con la edad y peso de cada paciente, lo que nos asegura una recuperación sin dolor en las próximas horas, en tanto vamos indicando la dosificación analgésica a los padres de los menores dentro de las primeras 72 horas. Asimismo, durante su estancia en la clínica y previamente a su egreso, pasa nuestra nutrióloga para explicar el tipo de dieta que se recomienda ingiera el paciente, con predominio de fibra, adecuada hidratación y evitar irritantes y condimentos. Se inicia una dieta a base de líquidos completos a las dos horas de haber finalizado la cirugía, lo que nos permite comprobar la tolerancia a la vía oral. Se explica en forma detallada las curaciones y las medidas de higiene recomendables para una adecuada evolución de las heridas. Se hace hincapié en el horario de los analgésicos a base de paracetamol y/o ibuprofeno con horario establecido para asegurar niveles de analgesia adecuados, sediluvios con agua tibia durante la primera semana, xilocaína en ungüento para aplicación tópica en las heridas, y no utilizamos antibióticos en ninguno de nuestros pacientes operados, lo cual es conducta acostumbrada, salvo en pacientes inmunocomprometidos, desnutridos, o con absceso agudo presente. Todos los pacientes fueron egresados en promedio a las cuatro horas de postoperados sin complicaciones, con revisión por la consulta externa a los siete días del postoperatorio. Citas posteriores a las tres y seis semanas de postoperados, y última cita física a los tres meses. Posteriormente control por vía telefónica a los seis meses y al año para ratificar con sus familiares

Tabla 1: Concentrado de pacientes.

Casos	Edad (años)	Sexo	Tipo de fístula	Tiempo de evolución	Número de trayectos	Tipo de cirugía	Anestesia
1	6 meses	M	Interesfintérico	4 meses	1	Fistulotomía	SE + AL
2	2	M	Interesfintérico	1 año	5	Fistulotomía	SE + AL
3	3	M	Interesfintérico	3 meses	1	Fistulotomía	SE + AL
4	3	M	Interesfintérico	6 meses	1	No aceptó cirugía	-
5	4	M	Interesfintérico	5 meses	1	Fistulotomía	SE + AL
6	5	M	Interesfintérico	2 años	4	Fistulotomía	SE + AL
7	7	F	Interesfintérico	10 meses	1	No aceptó cirugía	-
8	9	M	Interesfintérico	1 año	3	Fistulotomía	SE + AL
9	10	M	Interesfintérico	4 meses	1	Fistulotomía	SE + AL
10	12	M	Interesfintérico	10 meses	1	No aceptó cirugía	SE + AL
11	12	M	Interesfintérico	8 meses	1	Fistulotomía	SE + AL
12	14	M	Interesfintérico	2 años	1	Fistulectomía	SE + AL
13	15	M	Transesfintérico bajo	8 meses	1	Fistulotomía	SE + AL

M = masculino; F = femenino; SE = sedación endovenosa; AL = anestesia local.



Figura 1: Masculino de dos años. Se observan múltiples orificios de fístula.



Figura 2: Estilete en trayecto de fístula.

la causa más frecuente entre 90 y 95% de acuerdo con diferentes autores. Los abscesos anorrectales y a las fístulas anales son una misma enfermedad, siendo el absceso la manifestación aguda, y la fístula la etapa crónica del padecimiento. Durante el proceso agudo que se manifiesta en niños y adultos con dolor, aumento de volumen en algunos de los espacios anorrectales, hiperemia, rubor local y fiebre, como en todas las colecciones purulentas del cuerpo la prioridad es el drenaje para eliminar el proceso infeccioso del organismo, lo ideal es que esto sea atendido por el médico tratante, el cual deberá realizarse mediante una incisión que asegure la salida de todo el contenido purulento, y con la recomendación, en la medida de lo posible, de que al incidir sea lo más cercano a la apertura anal para tratar de que en caso de formarse una fístula, lo cual ocurre en aproximadamente la mitad de los casos, ésta sea con un trayecto corto y con el menor compro-



Figura 3: Herida quirúrgica postfistulotomía.

que no presentaron recurrencia ni refirieron trastornos de continencia, de lo cual instruimos a los familiares del paciente sobre datos de alerta. No evidenciamos ningún caso de recurrencia en el grupo de pacientes operados. Se esquematiza para ejemplificar la secuencia de la cirugía de fístula anorrectal con el caso de un paciente masculino de dos años, con múltiples trayectos fistulosos, observándose los orificios externos (*Figura 1*); la colocación de estiletes en los trayectos (*Figura 2*); aspecto de las heridas al terminar las fistulotomías (*Figura 3*) y las heridas a los tres meses de postoperado (*Figura 4*).

DISCUSIÓN

Las fístulas anales en niños no difieren mucho de la etiopatogenia en los adultos, siendo el origen criptoglandular



Figura 4: Herida cicatrizada postoperado.

miso esfinteriano posible, de tal manera que podamos resolver posteriormente con mayor facilidad mediante una fistulotomía, que es uno de los procedimientos más recomendados en el manejo de las fístulas en niños. Muchas de las fístulas múltiples o complicadas con trayectos largos o profundos que comprometen los esfínteres ocurren precisamente por el desconocimiento de algunos colegas del primer nivel de atención, que al percatarse de que se está desarrollando un proceso infeccioso perianal, inician manejo médico a base de analgésicos y desde luego antibióticos con la idea de detener la historia natural de los abscesos anorrectales, lo cual no ocurre en la mayoría de los casos, regresando a los pocos días el paciente en peores condiciones, y pudiendo inclusive presentar proceso infeccioso perianal, que en pacientes inmunocomprometidos, diabéticos o con enfermedades hematológicas o neoplásicas ponen en compromiso la vida del paciente. En algunos casos el organismo se defiende de la infección y se drena en forma espontánea, eliminando de esta manera el material purulento acumulado, disminuyendo de inmediato la sintomatología dolorosa presentada por el paciente; sin embargo, desde el sitio de drenaje externo muy probablemente se formará un trayecto que comunicará el orificio interno o cripta primaria que originó el absceso y el orificio externo, siendo ese trayecto la llamada fístula, misma que estará ocasionando la molesta supuración en forma continua o intermitente, razón por la cual acuden la mayoría de los pacientes a consulta con el proctólogo. En edades pediátricas y en niños de menor edad existe el temor de causar algún daño a los esfínteres, los cuales aún no se encuentran tan fácilmente identificables, y algunos autores proclaman algún tipo de manejo conservador a base de antibiótico con la idea de esperar algún cierre espontáneo y evitar algún procedimiento que pudiera comprometer la continencia. Sin embargo, y no por ser niños, el comportamiento de las fístulas va a ser diferente, es por eso que la conducta expectante en lugar de ayudar puede ser perjudicial, pues durante ese compás de espera, puede reactivarse la infección y formar otro absceso que pudiera drenar en alguna otra zona de la región perianal,

y formar más trayectos fistulosos que obligarían a procedimientos más agresivos que realmente podrían causar algún tipo de daño a la musculatura esfinteriana. Situación que pudimos observar en la casuística presentada, donde tuvimos tres casos con múltiples trayectos, uno de ellos del cual presentamos evidencia con cinco trayectos fistulosos primarios, a pesar de tratarse de un niño de dos años de edad. La fistulotomía debe ser el procedimiento de elección ante la decisión de operar a un paciente con fístula anorrectal en edades pediátricas y, si es posible, el manejo ambulatorio permite mayor tranquilidad en la recuperación postoperatoria de los pacientes pediátricos.

REFERENCIAS

1. Gosemann JH, Lacher M. Perianal abscesses and fistulas in infants and children. *Eur J Pediatr Surg*. 2020; 30 (5): 386-390.
2. Niyogi A, Agarwal T, Broadhurst J, Abel RM. Management of perianal abscess and fistula-in-ano in children. *Eur J Pediatr Surg*. 2010; 20 (1): 35-39.
3. Serour F, Somekh E, Gorenstein A. Perianal abscess and fistula-in-ano in infants: a different entity? *Dis Colon Rectum*. 2005; 48 (2): 359-364.
4. Afsarlar CE, Karaman A, Tanir G, Karaman I, Yilmaz E, Erdogan D et al. Perianal abscess and fistula-in-ano in children: clinical characteristic, management and outcome. *Pediatr Sur Int*. 2011; 27: 1063-1068.
5. Gong Z, Han M, Wu Y, Huang X, Xu WJ, Lv Z. Treatment of first-time perianal abscess in childhood, balance recurrence and fistula formation rate with medical intervention. *Eur J Pediatr Surg*. 2018; 28 (4): 373-377.
6. Boenicke L, Doerner J, Wirth S, Zirngibl H, Langenbach MR. Efficacy of conservative treatment of perianal abscesses in children and predictors for therapeutic failure. *Clin Exp Pediatr*. 2020; 63 (7): 272-277.
7. Tan Tanny SP, Wijekoon N, Nataraja RM, Lynch A, Pacilli M. Surgical management of perianal abscess in neonates and infants. *ANZ J Surg*. 2020; 90 (6): 1034-1036. doi: 10.1111/ans.15801.
8. Ding W, Sun YR, Wu ZJ. Treatment of Perianal Abscess and Fistula in Infants and Young Children: From Basic Etiology to Clinical Features. *Am Surg*. 2021; 87 (6): 927-932. doi: 10.1177/0003134820954829.