



Artículo original

Incidencia y manejo de la fístula intramural de recto. Hospital de Clínicas, Asunción, Paraguay

Incidence and management of intramural fistula of the rectum. Hospital de Clínicas, Asunción, Paraguay

César Giuliano Sisa Segovia,*‡ Ricardo Isaías Fretes,*§ Ingrid Melo Amaral*¶

* Hospital de Clínicas. Asunción, Paraguay.

‡ Residente en Coloproctología. ORCID: 0000-0001-5090-3118

§ Especialista en Coloproctología. ORCID: 0000-0003-4505-5569

¶ Especialista en Coloproctología. ORCID: 0000-0001-9045-3641

RESUMEN

Introducción: la fístula anorrectal es la comunicación anormal entre el anorrecto con la piel, o los tejidos u órganos adyacentes. El término «intramural» se refiere a una fístula interesfintérica sin orificio externo con un trayecto cordonal generalmente identificable al tacto rectal y que se origina como consecuencia de un absceso interesfintérico que se manifiesta por dolor rectal, fiebre y examen del periné normal a la inspección. El presente estudio analiza la incidencia y los resultados del tratamiento de esta condición en los pacientes operados entre 2017 y 2022 en el Hospital de Clínicas de Asunción, Paraguay. **Objetivos:** determinar la incidencia y distribución de las fístulas intramurales en la población operada, así como evaluar la efectividad del tratamiento aplicado. **Material y métodos:** se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los registros médicos de 133 pacientes operados entre los años 2017 a 2022. La evaluación de la efectividad del tratamiento se basó en la tasa de recurrencia de fístulas. **Resultados:** el 35% de los pacientes fueron mujeres. Se clasificaron las fístulas según su ubicación en: transesfinterianas bajas (46%), interesfintéricas (35%) transesfinterianas altas (16%) y supraesfinterianas (3%). Las intramurales de recto correspondieron al 22% de las interesfinterianas y al 8% del total. Estos pacientes fueron diagnosticados mediante la clínica y ecografía endorrectal. El tratamiento realizado en los casos operados consistió en fistulotomía, y hasta la fecha, no se han reportado recidivas. **Conclusiones:** la fistulotomía

ABSTRACT

Introduction: anorectal fistula is abnormal communication between the anorectum and the skin, or adjacent tissues or organs. The term «intramural» refers to an intersphincteric fistula without an external orifice with a cord path generally identifiable by digital rectal examination and which originates as a consequence of an intersphincteric abscess manifested by rectal pain, fever and perineum normal on inspection. The present study seeks to analyze the incidence and results of the treatment of this condition in patients operated between 2017 and 2022 at the Hospital de Clínicas de Asunción, Paraguay. **Objectives:** to determine the incidence and distribution of intramural fistulas in the operated population, as well as to evaluate the effectiveness of the treatment applied. **Materials and methods:** a retrospective analysis of the medical records of the 133 patients operated on between 2017 and 2022 was carried out. Evaluation of treatment effectiveness was based on the rate of fistula recurrence. **Results:** 35% of the patients were women. Fistulas were classified according to their location as low transsphincteric (46%), intersphincteric fistulas (35%), high transsphincteric (16%) and suprasphincteric (3%). Rectal intramural fistulas accounted for 22% of the intersphincters and 8% of the total. These patients were diagnosed by clinical and endorectal ultrasound. The treatment performed in the operated cases consisted of fistulotomy, and to date, no recurrences have been reported. **Conclusions:**

Recibido: enero 2024. Aceptado: febrero 2024.

Correspondencia: **Dra. Ingrid Melo Amaral**

E-mail: ingridmeloamaral@gmail.com

Citar como: Sisa SCG, Fretes RI, Melo AI. Incidencia y manejo de la fístula intramural de recto. Hospital de Clínicas, Asunción, Paraguay. Rev Mex Coloproctol. 2023; 19 (2): 52-55. <https://dx.doi.org/10.35366/115698>



se mostró como un tratamiento efectivo para el manejo de fístulas intramurales con resultados favorables sin recurrencias. Se enfatiza la importancia del conocimiento y diagnóstico de esta entidad en etapa de absceso para el tratamiento precoz y profiláctico, reduciendo la probabilidad de formación de una fístula.

Palabras clave: fístula intramural, incidencia, tratamiento, fistulotomía, recurrencia.

fistulotomy was shown to be an effective treatment for the management of intramural fistulas, with favorable results without recurrences. The importance of knowledge and diagnosis of this entity in the abscess stage for early and prophylactic treatment is emphasized, reducing the probability of fistula formation.

Keywords: intramural fistula, incidence, treatment, fistulotomy, recurrence.

INTRODUCCIÓN

La fístula anal es una comunicación anormal entre el tracto anorrectal y la piel perineal, siendo una de las patologías proctológicas más frecuentes. Son más comunes en los hombres con una relación 2:1 respecto a las mujeres y suelen presentarse entre la segunda y quinta década de la vida.¹

Si bien son dos entidades diferentes, abscesos y fístulas son estadios sucesivos de una misma enfermedad supurativa, el absceso representa la fase aguda y la fístula la fase crónica de la misma (hasta en 40% de los casos).²

La teoría criptoglandular de Parks es la más ampliamente aceptada en la patogénesis³ y establece el origen de esta enfermedad en la infección de las glándulas anales, comenzando a nivel interesfintérico y que seguirá diferentes vías de difusión para dar lugar al absceso anal. Posteriormente, la posible epitelización de los tractos anales conducirá a la cronicidad del proceso mediante la formación de la fístula.

Aproximadamente 90 a 95% de las fístulas anales se clasifican como de origen criptoglandular, el 10% restante se deben a otras patologías como la enfermedad de Crohn, infecciones específicas (tuberculosis, actinomicosis), lesiones por cuerpo extraño ingeridos o introducidos por vía anal, infecciones intraabdominales o pélvicas, lesiones postquirúrgicas o a procesos neoplásicos anorrectales.⁴

Las fístulas anorrectales se clasifican habitualmente según su relación con los esfínteres anales. En la actualidad, la de Parks y colaboradores³ es la más empleada y considera cuatro tipos de fístula: interesfintérica (la más frecuente: 40 a 60%), transesfintérica (30 a 50%), supraesfintérica (5 a 10%) y extraesfintérica (2 a 3%).

El término «intramural» se refiere a una fístula interesfintérica sin orificio externo con un trayecto cordonal generalmente identificable al tacto rectal y que se origina como consecuencia de un absceso interesfintérico que se manifiesta por dolor rectal, fiebre y examen del periné normal a la inspección, así como a la palpación, lo que denominamos como «periné en blanco».

El tratamiento en fase aguda o de absceso es siempre quirúrgico y urgente; en el caso de un absceso intramural, lo indicado es el drenaje vía endoanal con una incisión a

nivel de la línea pectínea. A su vez, el tratamiento en etapa crónica o de fístula consiste en fistulotomía, ya que se trata de una fístula simple.⁵

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, temporalmente retrospectivo. Se revisaron los registros médicos de los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de fístula anorrectal operados entre los años 2017 a 2022 en el Servicio de Coloproctología de la Primera Catedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, Paraguay.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los registros médicos de 133 pacientes operados entre los años 2017 a 2022 con diagnóstico de fístula perianal. El 35% de los pacientes fueron mujeres. Se clasificaron las fístulas según su ubicación en: transesfinterianas bajas (46%), interesfinterianas (35%) transesfinterianas altas (16%) y supraesfinterianas (3%). Las intramurales de recto correspondieron al 22% de las interesfinterianas y al 8% del total. La evaluación de la efectividad del tratamiento se basó en la tasa de recurrencia de fístulas.

Los pacientes con fístulas intramurales de recto en etapa aguda de absceso no fueron operados por nuestro equipo quirúrgico, por lo que no recibieron profilaxis para la formación del trayecto fistuloso. Estos pacientes fueron diagnosticados mediante la clínica y ecografía endorrectal. El tratamiento realizado en los casos operados consistió en fistulotomía y, hasta la fecha, no se han reportado recidivas.

DISCUSIÓN

La clasificación de Parks es el sistema predominante de clasificación anatómica de las fístulas anales y ha sido implementada hace varios años.³ Existen cuatro tipos de fístulas perianales según su relación con la musculatura esfinteriana: Tipo I o fístulas interesfinterianas (45%), Tipo II o fístulas transesfinterianas (30%), Tipo III o fístulas su-

praesfinterianas (20%) y Tipo IV o fístulas extraesfinterianas (5%). También existe un quinto tipo de fístula anal descrita en la literatura como superficial o submucosa.⁶ Podemos ver que en la clasificación más utilizada en la actualidad no se hace mención a la «fístula intramural de recto», la cual definimos como una fístula interesfintérica sin orificio externo con un trayecto cordonal generalmente identificable al tacto rectal.

Más allá de la definición en sí de la fístula intramural, consideramos importante el conocimiento de esta entidad ya que el diagnóstico es esencialmente clínico y realizar el diagnóstico precoz en fase aguda o de absceso que usualmente se caracteriza por dolor rectal, fiebre y examen del periné normal a la inspección, nos permite realizar la profilaxis, intentando evitar la formación de la fístula, drenando el absceso por vía endoanal y logrando así la curación, además de eliminar la sepsis con las menores secuelas posibles (Figura 1).

En nuestro trabajo encontramos que todos los pacientes refirieron tener el antecedente de dolor rectal y fiebre; ninguno fue operado en la etapa de absceso y refirieron acudir en varias ocasiones a centros asistenciales sin recibir alguna solución o diagnóstico certero, lo que nos hace pensar que esta entidad no sólo debe ser conocida por el cirujano colorrectal, sino también por el cirujano general, quien es el que en muchas ocasiones ve al paciente por primera vez en el servicio de urgencias.

La clasificación precisa y el conocimiento de la topografía de una fístula perianal y su relación con el esfínter anal interno y externo antes de la cirugía es fundamental para una estrategia de tratamiento eficaz. Usualmente es utilizada la regla de Goodsall⁷ que orienta al cirujano colorrectal sobre el trayecto de la fístula (curvo/rectilíneo) y la localización del orificio fistuloso interno basándose en



Figura 1: Drenaje por vía endoanal de absceso intramural de recto.

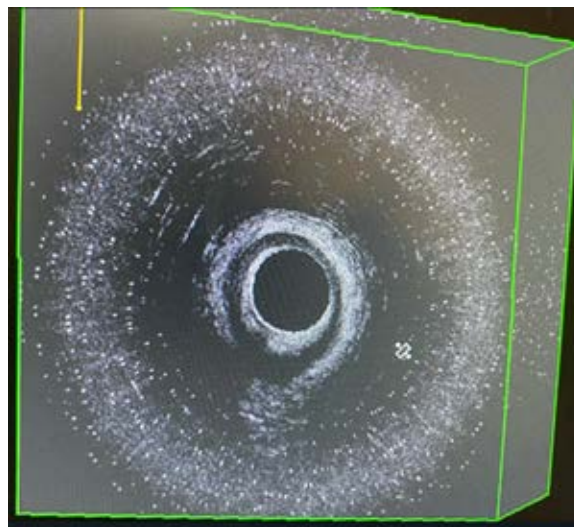


Figura 2: Ecografía endorrectal en la fístula intramural de recto. En corte transversal se puede ver un engrosamiento del espacio interesfintérico con una disrupción del esfínter interno en probable relación al orificio interno que se encuentra a la derecha de la línea media posterior.

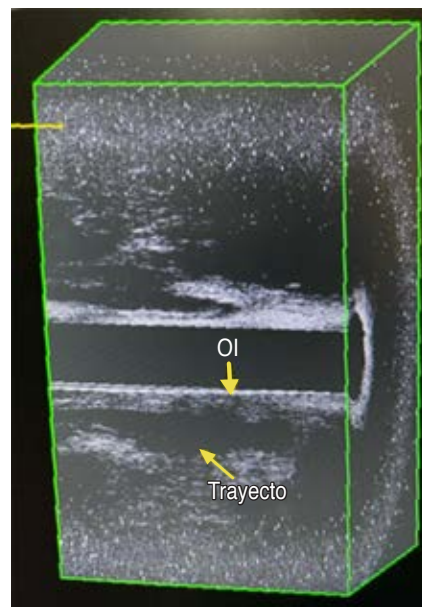
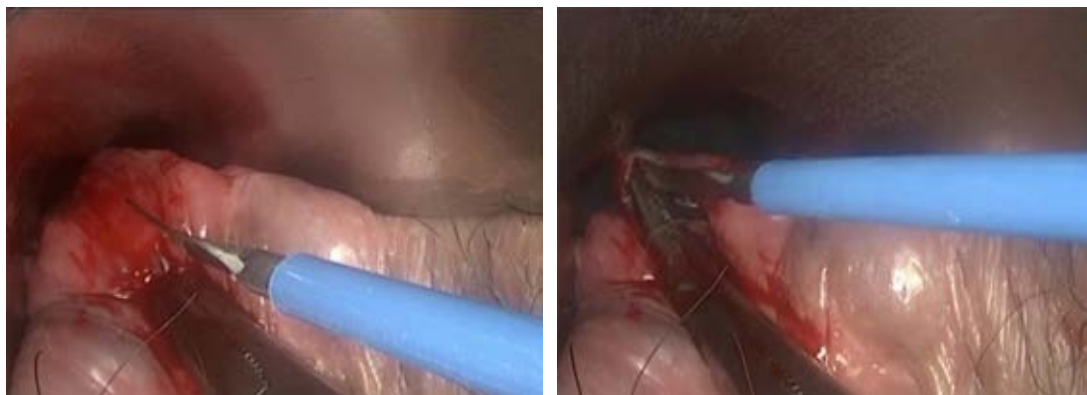


Figura 3:

Ecografía endorrectal en la fístula intramural de recto. En corte longitudinal se ve el trayecto interesfintérico y la localización del orificio interno a 12.7 mm del margen anal.

la localización el orificio fistuloso externo; sin embargo, esta regla presenta sus limitaciones y no es aplicable en el caso de la fístula intramural, ya que no se identifica orificio fistuloso externo a la exploración clínica.

La resonancia magnética pélvica y la ecografía endoanal son las dos modalidades de imagen de primera línea para la evaluación preoperatoria de pacientes con fístulas

Figura 4:Fistulotomía por
vía endoanal.

perianales, siendo la resonancia superior en el caso de las fistulas extra y supraesfintéricas.⁸

La ecografía endoanal es preferida por los autores por la mayor disponibilidad en nuestro medio, de menor costo comparada con la resonancia, mayor sensibilidad para la localización del orificio interno y presenta la ventaja de ser realizada por el cirujano colorrectal y, de esa manera, nos guía a una planificación quirúrgica con mayor exactitud y a lograr mayor tasa de cura con las menores complicaciones posibles.

En el caso de la fístula intramural, la ecografía adquiere un papel muy importante tanto en la fase aguda o de absceso como en la fase crónica o de fístula, ya que, por definición, el periné es por lo demás normal al examen físico y resulta muchas veces dificultoso palpar el trayecto fistuloso y la ubicación exacta del orificio interno, elementos que son indispensables conocer para realizar una cirugía exitosa. En nuestra casuística, todos los pacientes operados fueron sometidos en el preoperatorio al examen clínico y, como método complementario, fue utilizada la ecografía endorrectal que nos aportó información valiosa sobre el trayecto fistuloso, localización exacta del orificio interno y presencia de cavidades o abscesos (*Figuras 2 y 3*).

El tratamiento de estos pacientes consiste en la fistulotomía, ya que se trata de una fístula simple; si bien el tratamiento es relativamente sencillo, debemos estar seguros de eliminar todo el trayecto fistuloso y realizar el tratamiento quirúrgico por vía endoanal, evitando la formación de trayectos secundarios iatrogénicos (*Figura 4*).

De los 11 pacientes operados todos presentaron un postoperatorio favorable y hasta el momento no han presentado ninguna recurrencia.

Este estudio presenta algunas limitaciones como el tamaño de muestra, ser de un solo centro y ser un estudio observacional retrospectivo.

Este trabajo contribuye a la clasificación y nomenclatura de las fistulas anales, patología muy frecuente dentro de nuestra especialidad. A pesar de una revisión de la literatura, no hemos hallado trabajos previos a nivel nacional o internacional que aborden este problema. Aunque no encontramos estudios idénticos, algunos trabajos relacionados exploran temas tangenciales que pueden ser relevantes para contextualizar nuestra investigación.

REFERENCIAS

1. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, Rafferty JL, Buie WD, Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 2011; 54 (12): 1465-1474.
2. Sahnan K, Adegbola SO, Tozer PJ, Watfah J, Phillips RK. Perianal abscess. *BMJ*. 2017; 356: j475.
3. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg*. 1976; 63 (1): 1-12.
4. Sugrue J, Nordenstam J, Abcarian H, Bartholomew A, Schwartz JL, Mellgren A et al. Pathogenesis and persistence of cryptoglandular anal fistula: a systematic review. *Tech Coloproctology*. 2017; 21 (6): 425-432.
5. Steele SR, Hull TL, Hyman N, Maykel JA, Read TE, Whitlow CB. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery [Internet]. Springer International Publishing; 2021. Disponible en: <https://books.google.com.py/books?id=IBVQEAAAQBAJ>
6. Amato A, Bottini C, De Nardi P, Giamundo P, Lauretta A, Realis Luc A et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: SICCR position statement. *Tech Coloproctology*. 2020; 24 (2): 127-143.
7. Zbar AP. David Henry Goodsall: reassessment of the rule. *Tech Coloproctology*. 2009; 13 (3): 185-188.
8. Varsamis N, Kosmidis C, Chatzimavroudis G, Sapalidis K, Efthymiadis C, Kiouti FA et al. Perianal fistulas: A review with emphasis on preoperative imaging. *Adv Med Sci*. 2022; 67 (1): 114-122.