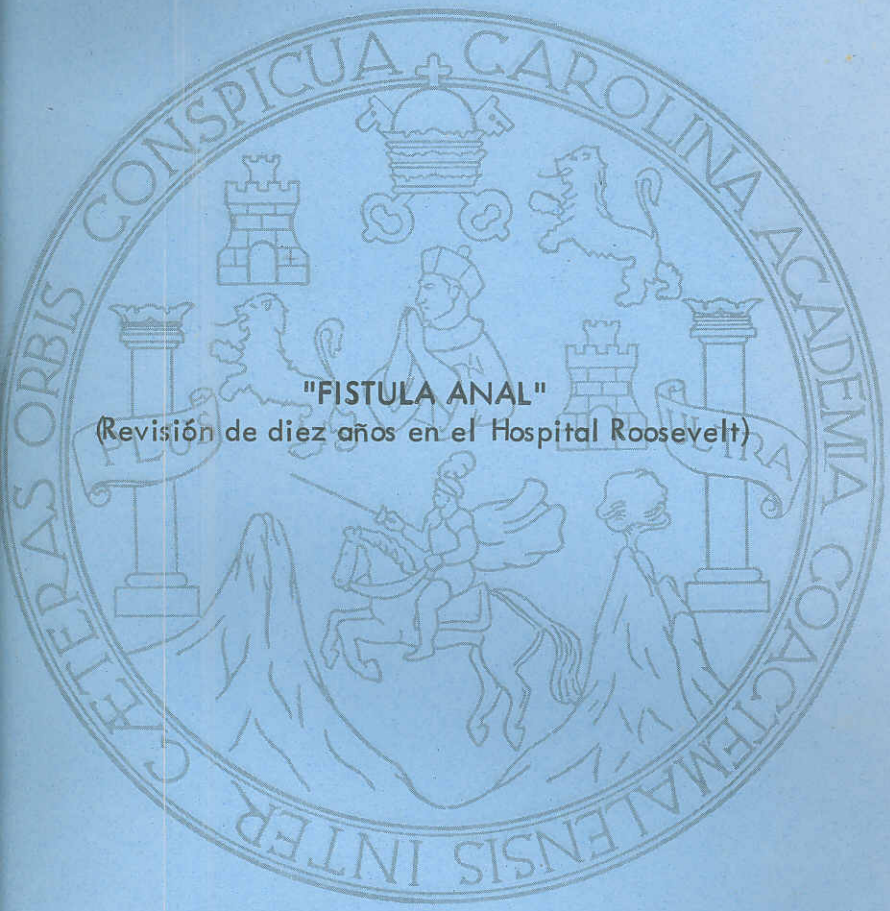
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"FISTULA ANAL"

(Revisión de diez años en el Hospital Roosevelt)

MARIO AUGUSTO VELASQUEZ MONROY

Página

1.- INTRODUCCION 1

2.- ANTECEDENTES 2

3.- OBJETIVOS 4

4.- HIPOTESIS 6

5.- MATERIAL Y METODOS 7

6.- RECURSOS 8

7.- GENERALIDADES 9

8.- CLASIFICACION 11

9.- ETIOLOGIA Y PATOGENIA 17

10.- PATOLOGIA 18

11.- MANIFESTACIONES CLINICAS 19

12.- DIAGNOSTICO 20

13.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL 22

14.- PRONOSTICO 23

15.- TRATAMIENTO 24

Página

16.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS 29

17.- CONCLUSIONES 40

18.- RECOMENDACIONES 42

19.- BIBLIOGRAFIA 43

INTRODUCCION

La Fístula Anal al igual que toda enfermedad de cualquier región o sistema del cuerpo humano, merece atención y un estudio cuidadoso. Lamentablemente como veremos más adelante, en nuestro país, no se le ha otorgado la importancia que requiere, - de allí que los estudios publicados en Guatemala al respecto, - sean tan pocos que bastarían los dedos de una mano para contarlos, y fue precisamente el desconocimiento del tema con experiencias nacionales, lo que nos motivó a realizar un estudio de tan importante entidad Proctológica.

En este estudio presentamos la revisión de casos de Fístula Anal y Fístula del Recto. Es decir la comunicación de las regiones anatómicas antes mencionadas con regiones vecinas y la comunicación de Ano y Recto entre sí.

La Casuística incluye a todos los pacientes que fueron operados en el Hospital Roosevelt por presentar Fístulas Anales, durante el período de tiempo comprendido de 1,970 a 1,979.

Esperamos que el estudio aquí presentado dé, una panorámica clara con respecto a signos, síntomas, tratamiento y evolución de los pacientes que sufren de Fístulas de la Región Ano-Rectal.

Por último deseamos patentizar nuestro agradecimiento a todas y cada una de las personas que en una u otra forma colaboraron para la realización del presente estudio.

ANTECEDENTES

Numerosos son los estudios que en el extranjero se han publicado y seguirán publicándose en relación a Fístulas Anales, pero entre los más importantes podemos mencionar:

1.- Martín (1956) en una revisión de 29 pacientes que padecían de Fístula Anal y que se encontraban hospitalizados en un sanatorio antituberculoso, encontró, como agente causante de la Fístula al Bacilo de Koch en el 10% de los casos.

2.- Dumphy y Pikula (1958) en un estudio similar al anterior, reportan 2%-3% de Fístulas Anales de origen tuberculoso.

3.- Eisenhammer (1960) nos muestra su experiencia en el tratamiento de abscesos de los músculos perianales; el autor concluye: "El mejor manejo es erradicar completamente el absceso en la región interna y mediante un drenaje comunicarlo con la región externa, sin sacrificar los músculos del Esfínter externo del Ano, para evitarle al paciente incontinencia Fecal".

4.- Parks (1962) confirma las aseveraciones de Eisenhammer.

5.- Gabriel (1963) nos indica :

a.- El origen más frecuente e importante de las Fístulas - anales es la Infección de las criptas.

b.- Las Fístulas Anales son más frecuentes en hombres - adultos que en las mujeres. (3:1).

6.- En Guatemala únicamente podemos hacer mención de la Tesis del Dr. Oscar Rolando Castillo Montalvo (1966), en la cual hace un estudio de 66 casos de Fístulas Anales atendidas en El Hospital General "San Juan de Dios"; la mencionada serie se circunscribe al sexo masculino.

OBJETIVOS

GENERALES

1.- Contribuir a la investigación científica de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2.- Aportar a la Facultad de Ciencias Médicas, un estudio sobre Fístulas Anales.

3.- Aportar al Hospital Roosevelt de Guatemala y específicamente al departamento de Cirugía un estudio de Fístulas Anales, para mejor conocimiento de las mismas.

4.- Presentar un estudio que sirva de base comparativa para investigaciones posteriores.

5.- Contribuir a la investigación científica en Guatemala.

ESPECIFICOS:

1.- Conocer las comunicaciones más frecuentes de las Fístulas Anales, en Guatemala.

2.- Conocer su distribución en relación a la Anatomía de la región (posición, trayecto, etc.).

3.- Conocer el grupo etáreo más afectado en Guatemala.

4.- Comparar su distribución por sexo.

5.- Investigar sobre tratamiento y conductas modernas.

6.- Conocer el seguimiento de los casos por medio del servicio de Consulta Externa.

HIPOTESIS

1.- Las Fístulas Anales no son más frecuentes en el sexo masculino.

2.- En el tratamiento quirúrgico de las Fístulas Anales no existen recidivas.

3.- La Anestesia Epidural para la intervención quirúrgica de las Fístulas Anales no es la más comunmente usada.

MATERIAL Y METODOS

1.- Registros médicos de los pacientes operados por Fístulas Anales, durante el período de 1,970 a 1,979.

METODOS

La Metodología utilizada en la realización del presente trabajo será la del método científico, analizaremos los resultados en conjunto para ir de lo general a lo individual.

La forma en la cual obtuvimos la información de la Casuística aquí presentada fue la siguiente:

a.- Detección de los pacientes operados por Fístulas Anales consultando para ello, el libro de operaciones de Cirugía General.

b.- Obtención de los registros médicos de los pacientes que conforman la serie.

c.- Elaboración de hoja para registro de datos.

d.- Tabulación de datos y análisis de los mismos.

e.- Parámetros estudiados:

Edad, sexo, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, número de Fístulas presentadas, tipo de Fístula, localización, tipo de Anestesia, complicaciones, tipo de germen cultivado (si tiene cultivo), recidivas, número de citas en consulta externa.

RECURSOS

a.- Biblioteca del Hospital Roosevelt, Biblioteca de la USAC.

b.- Archivo General de Registros Clínicos.

c.- Asesoramiento del Dr. Carlos Arriaga y revisión del Dr. Bayardo Alvarez, colaboración del Dr. Luis A. Zepeda y del Dr. Julio Pineda.

d.- Fichas Clínicas de los pacientes operados de Fístula Anal.

GENERALIDADES

La palabra Fístula deriva del latín y traducida literalmente significa tubo. El diccionario terminológico de ciencias médicas (1978), la define como "Trayecto patológico consecutivo generalmente a un proceso de Ulceración y/o infección que comunica el foco patológico con una superficie cutánea o mucosa de un órgano hueco interno por el cual sale pus o un líquido normal desviado de su camino ordinario, esta comunicación puede ser quirúrgica, artificial o experimental".

En consecuencia de lo anterior podemos definir a la Fístula Anal como un conducto anormal con dos o más extremos coronados con orificios, los cuales pueden comunicar con el recto mismo o con cualquier parte de la periferia de la región Ano-Rectal.

El trayecto fistuloso comúnmente es rectilíneo y único pero puede ser tortuoso y con ramificaciones secundarias. Los agujeros generalmente son dos, se les llamaba orificio interno y Orificio Externo, esta nomenclatura se había dejado de utilizar, pues existen fístulas que comienzan y terminan en la mucosa Rectal, (Fístula Ano Rectal Interna), y por lo tanto era difícil saber cual era el agujero interno y cual el externo, pero a pesar de eso en la actualidad muchos autores la utilizan todavía. Existe otra nomenclatura en la cual se les denomina.

a.- Agujero Primario: (Interno) es en el cual la Fístula tuvo su origen y comunmente se encuentra a nivel de las Criptas; y

b.- Agujero Secundario: (Externo) en el cual la Fístula termina.

Las dos denominaciones se utilizan actualmente, por ese motivo en este trabajo nos referiremos a los agujeros en una u otra forma, indiscriminadamente.

Por otra parte existe consenso general de que a las Fístulas que se encuentran en la región Ano-Rectal, se les puede llamar simplemente Fístulas Anales.

En las Fístulas Anales se dan situaciones especiales, tal es el caso de los llamados Senos Fistulosos, en los cuales un drenaje inadecuado trae como consecuencia que el proceso de cicatrización cierre únicamente un agujero y se forme una "Fístula" que termina en fondo de saco. En el mismo caso puede ocurrir que primariamente cierre un agujero y posteriormente el otro, seguido de la reactivación del absceso, este puede romperse espontáneamente en otro lugar, si este proceso se repite varias veces da origen a lo que se llama "Ano en Salero".

Mencionábamos anteriormente que el trayecto fistuloso generalmente es reactilíneo, pero puede darse una Fístula circunferencial cuyo trayecto suele ir de una fosa Isquiorectal a la otra fosa, pasando por detrás del recto, se habla en estos casos de una "Fístula en Herradura".

CLASIFICACION

El poder unificar criterios en cuanto a la nominación de las fístulas, ha estimulado a numerosos investigadores a crear clasificaciones diversas, pero las mismas a menudo, se caracterizan por su complejidad y sin aplicaciones prácticas, por lo cual no han sido adoptadas.

Existe una clasificación sencilla que divide a las fístulas en Simples, Compuestas y Complicadas; la definición para cada una de ellas es:

a.- Fístula Simple: Es aquella en la que un agujero primario comunica con un agujero secundario, mediante un trayecto uniforme y rectilíneo.. Esta variedad es la más común de encontrar y la más fácil de corregir.

b.- Fístula Compuesta: Es aquella en la que uno o más agujeros primarios comunican con uno o más agujeros secundarios por medio de trayectos tortuosos o irregulares.

c.- Fístula Complicada: Es aquella en la que el trayecto comunica con un hueso u otras estructuras vecinas que presentan procesos patológicos agregados (Tuberculosis, Osteomilitis, procesos malignos, etc.).

Esta clasificación se sigue usando en la actualidad pero por su misma sencillez ha venido perdiendo seguidores.

La clasificación siguiente es la más usada en la actualidad, y divide a las fístulas según la dirección del trayecto fistuloso.

a.- Fístula Inter-Esfinteriana: Es aquella cuyo trayecto fistuloso se encuentra entre el esfínter interno y el esfinter externo del ano. Lo más frecuente es que la infección se dirija hacia abajo hasta el borde anal, pero también puede ascender para abrirse en la ampolla rectal, formando una fístula más compleja, pero su tratamiento sigue siendo fácil. Esta variedad es la más común, constituye aproximadamente el 70% de todas las fístulas (Fig. 2-A).

b.- Fístula Trans-Esfinteriana: Es aquella cuyo trayecto fistuloso atraviesa el esfinter externo, pasa a la fosa Isquio-rectal para continuar hacia la piel. El tratamiento es sencillo cuando el esfínter es atravesado a un nivel bajo, pero este se complica cuando el músculo es atravesado a un nivel más alto, o cuando el trayecto forma ramificaciones secundarias hacia arriba, dando la idea de una "T" en sentido horizontal.

Representa aproximadamente el 25% de todos los casos. (Fig. 2-B).

c.- Fístula Supra-Esfinteriana: Es aquella cuyo trayecto fistuloso se encuentra entre los esfínteres, se dirige hacia arriba pasa por encima del borde superior del músculo puborrectal, para continuarse en la fosa Isquior-Rectal y terminar en la piel. Es una variedad poco común y representa el 4% de todas las fístulas anales. (Fig. 2-C).

d.- Fístula Extra-Esfinteriana: Es aquella cuyo orificio externo se encuentra en la piel perianal; su trayecto fistuloso atraviesa la fosa Isquior-Rectal en su totalidad pasa por encima de los dos esfínteres para desembocar en la Ampolla Rectal.

El tratamiento es difícil y su curación dura meses por la presión elevada en la Ampolla Rectal. Esta Fístula es sumamente rara, representa el 1% de todos los casos. (Fig. 2-D).

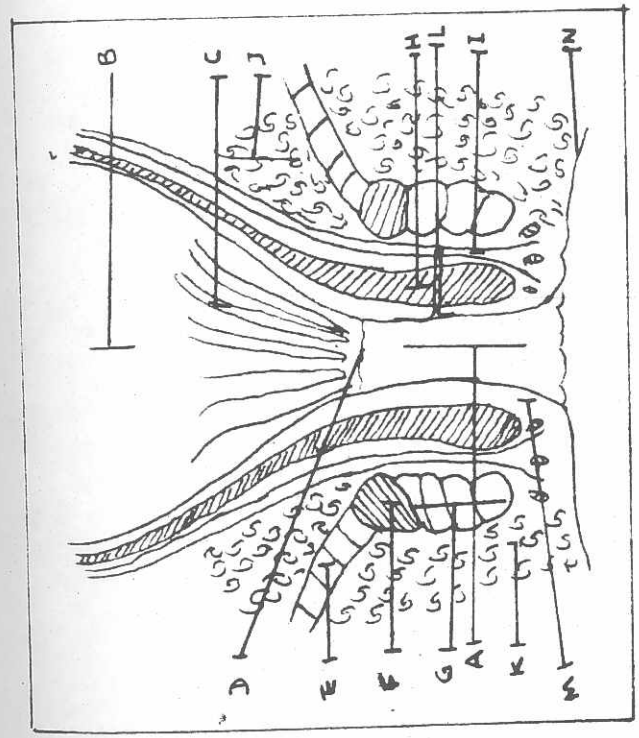


Fig.No.I Corte esquemático del piso de la Pelvis

A.- Ano; B- Recto; C.- Cripta; D.-Línea Pectiforme
E.- Músculo Elevador del Ano; F- M.Puborrectal;
G.- Esfínter Externo; H- Esfínter Interno; I-Espacio Interesfintérico; J- Fosa Pelvirrectal (o espacio Pararrectal); K- Fosa Isquiorrectal; L- Glándula Anal;
M.- Espacio Perianal; N- Piel.

(Tomado de The British Journal Of Surgery No.1;1,976).

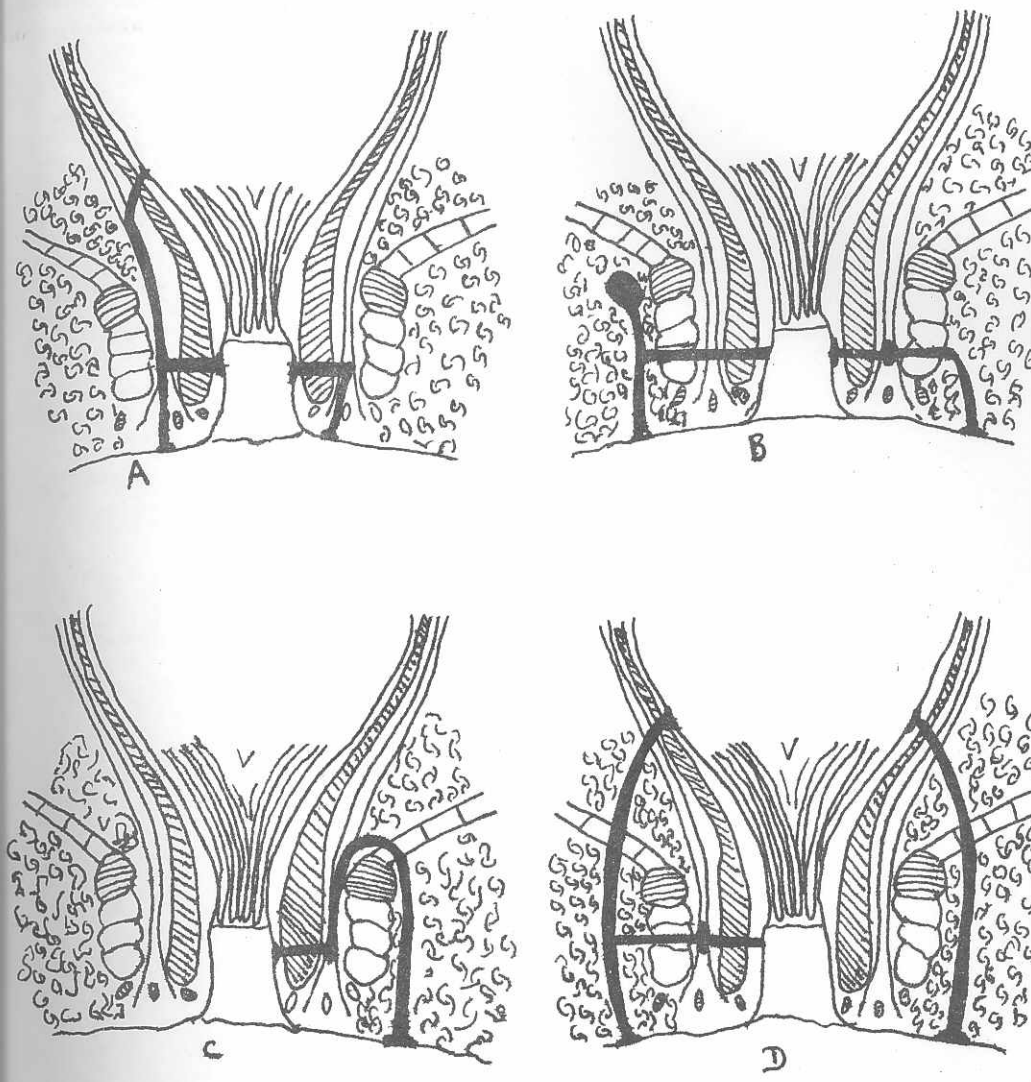


Fig.No.2

TIPOS DE FISTULAS ANALES.

A.- Fístula Interesfintérica; B- Fístula Trans-Esfintérica; C.- Fístula Supra Esfintérica; D.- Fístula Extra esfintérica.

(Tomado de The British Journal Of Surgery No.1,1976).

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El absceso Ano-Rectal es llamado por algunos autores "El Heraldo de la Fístula" y esto se debe a que por regla general un absceso precede a la formación de una fístula, si no se drena rápida, suficiente y adecuadamente.

El origen del absceso anorrectal en la infección, frecuentemente originada en una cripta (criptitis), o en una glándula anal (95%). Una vez iniciada la infección; en el interior de la glándula o de la cripta principia progresivamente a coleccionarse material purulento, el cual en un momento crítico excede la capacidad de los órganos antes mencionados y se rompe al interior o al exterior de la región anorectal; a partir de ese momento su contenido puede disecar a cualquier espacio o hacia la superficie cutánea, en donde forma su agujero secundario, dando origen a una fístula.

Empero el mecanismo descrito no es el único, también pueden formarse fístulas debido a una Hemorroide Infectada y trombosada, a traumas directos sobre la pared Ano-Rectal, a ulceraciones secundarias a enfermedad de Crohn, a Colitis Ulcerativa, Ca. de Recto, Quistes Pilonidales, Furunculosis, Tuberculosis Intestinal y a cualquier insulto a la integridad de la Mucosa Ano Rectal.

PATOLOGIA

Las Fístulas están incluidas dentro de los procesos crónicos lo cual es debido a que generalmente son complicaciones de otros problemas proctológicos (Abscesos), lo cual implica un período de tiempo prolongado.

Microscópicamente las Fístulas están caracterizadas por un cuadro de inflamación Crónica inespecífica, diagnosticable por la presencia de Leucocitos en su mayoría de tipo Linfocítico, Detritus y Fibrosis. Algunas veces suelen asociarse hallazgos de infección aguda con Leucocitos polimorfonucleares, acompañados de Fibrina.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Siendo las Fístulas consecuencia del drenaje quirúrgico o espontáneo de un absceso, el cuadro clínico está conformado por una mezcla de las dos entidades patológicas.

Comunmente la persona que consulta por una Fístula Anal es un paciente de sexo masculino, con edad comprendida entre 20 a 40 años. La principal molestia referida es la supuración anal o perianal, la secreción suele ser pus fétido en cantidad leve, la cual mancha las ropas del paciente, acompañando a esto a menudo experimenta dolor lancinante o en piquetazos el que aumenta de intensidad con la defecación.

Otros datos menos importantes son la hemorragia rectal, de la cual se percata el paciente pues luego de defecar el papel higiénico queda manchado con sangre, asimismo refieren prurito y ardor al caminar continuamente por un período de tiempo moderado.

Revisando la historia clínica nos encontramos con el inicio variable de un cuadro de Diarrea o estreñimiento, el cual es seguido al término de 1 ó 2 meses por dolor de las características antes descritas, 3 ó 4 meses posterior a esto se inicia en las márgenes del ano una induración pruriginosa que no mide más de 3-6 mm. de diámetro, por la cual quirúrgicamente o espontáneamente drena material purulento, este orificio formado constituye el agujero externo o secundario de una Fistula Anal.

DIAGNOSTICO

En la mayor parte de las afecciones patológicas las bases para el diagnóstico son en orden prioritario, la historia clínica de la enfermedad, la exploración física y el auxilio de los estudios de laboratorio. Empero en las enfermedades de la región Ano-rectal el examen físico es el elemento fundamental y principal para la elaboración de un buen diagnóstico.

En las fístulas Anales después de la anamnesis se procede a practicar una inspección del orificio Anal y de la piel que lo rodea, en busca de tumefacciones; inmediatamente se efectúa un tacto digital, tratando de palpar el trayecto fistuloso el cual da la sensación de un cordón grueso e indurado, una vez detectado el trayecto se realiza con presión sobre él, si existe orificio externo o secundario en la piel, con la maniobra antes mencionada se comprobara la salida de algunas gotas de pus por el mismo.

La Procto-Sigmoidoscopía constituye un método auxiliar muy valioso. Después de preparar adecuadamente al paciente desde la noche anterior, se procede a introducir el instrumento inespeccionando sistemáticamente: ano y ampolla rectal, con especial ateción en las criptas de la pared posterior, buscando el orificio interno o primario, las características de este último generalmente son una cripta enferma que se encuentra enrojecida, edematosa y algunas veces supurante.

Existe la situación en la que uno de los orificios no es localizado, en este caso se procede a introducir un estilete o una sonda acanalada en el orificio conocido, se recorre el trayecto fistuloso y se puede apreciar la salida de la punta del instrumento por el agujero desconocido. No está demás recordar que esta maniobra debe efectuarse con muchísimo cuidado, pues de lo contrario se corre el peligro de traumatizar los tejidos y crear una falsa vía.

Un último método consiste en inyectar en el orificio conocido una mezcla de peróxido de Hidrógeno al 1% y azul de metileno, a partes iguales (5 c.c. de c/u), este método tiene la ventaja de que no solamente nos indica la desembocadura del orificio primario o interno, sino que también nos muestra el trayecto fistuloso y no corremos el riesgo de lesionar los tejidos y crear falsas vías.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los hallazgos físicos encontrados en las Fístulas anales son bastante característicos, lo cual deja poco margen a equivocaciones. Lo que si puede ocurrir (aunque con poca frecuencia) es que la entidad proctológica que nos ocupa esté asociada con otra patología y la más frecuente son las Hemorroides Internas.

Algunas veces el orificio primario está rodeado por una úlcera, en este caso debe tenerse mucho cuidado y descartar carcinoma, enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerativa. La tuberculosis como causa de fístulas es poco frecuente y representa el 1% de los casos.

PRONOSTICO

Las fístulas anales son esencialmente benignas y las complicaciones que pudieran ocurrir no son de difícil solución.

La Obtención de buenos resultados post-operatorios estriba en que el Cirujano conozca bien la anatomía ano-rectal y que posea experiencia suficiente para no dejar sin tratamiento partes del trayecto fistuloso, especialmente las porciones que pasan por debajo de los esfínteres, teniendo conocimiento de estos dos requisitos la tasa recidivas es muy baja.

La degeneración carcinomatosa de las fístulas anales puede ocurrir, especialmente en los pacientes que han padecido fístulas anales por muchos años, en los cuales el tejido ha estado sometido a irritación crónica.

Son varios los autores que han señalado, esta clase de degeneración maligna de las fístulas, pero aún así en su totalidad son muy escasos.

TRATAMIENTO

Antiguamente el tratamiento de las Fístulas se dividía en Médico y quirúrgico.

El tratamiento médico consistía en la aplicación local de vaselina y otros compuestos; pero esta terapeútica desde hace muchos años cayó en completo desuso, por lo cual no daremos más detalles al respecto.

Actualmente el tratamiento es exclusivamente quirúrgico y las técnicas utilizadas son la Fistulotomía y la Fistulectomía.

FISTULOTOMIA: Consiste en introducir una sonda o un estilete dentro del trayecto fistuloso y practicar una incisión que interesa todo el tejido que se encuentra por encima del instrumento utilizado.

FISTULECTOMIA: Después de introducir la sonda acanalada, el cirujano procede a practicar una incisión a ambos lados del instrumento, resecando completamente el tejido que cubre la Fistula.

Después de efectuada una u otra técnica, se practica un legrado de la parte interna del trayecto fistuloso.

No existe acuerdo general de cual es la mejor técnica pues unos practican fistulotomía y otros fistulectomía.

Unos de los mayores problemas encontrados en el tratamiento de las fístulas ha sido el poder provocar al paciente incontinencia fecal, esto último es debido al corte inadecuado de los

esfínteres principalmente el esfínter externo, por lo tanto podemos decir que es imposible efectuar tratamientos sin conocer la anatomía exacta del piso pélvico y esto es particularmente cierto en la fístula anal, donde la cirugía improvisada puede conducir a resultados desastrosos para el paciente.

Recientemente se han introducido al tratamiento conceptos nuevos, los cuales están en relación con el tipo de fístula, las técnicas que actualmente tienen más aplicaciones son las siguientes:

a.- Fistulas Inter-Esfintéricas: El tratamiento de esta Fístula es simple y consiste en efectuar sección lingitudinal de esfínter interno y practicar una fistulectomía.

b.- Fistulas Trans-Esfinterianas: cuando el trayecto atraviesa el esfínter externo a un nivel bajo se puede efectuar corte del esfinter interno y sección parcial del esfínter externo, en el trayecto de la fístula se practica una fistulotomía.

Cuando el esfinter externo es atravesado a un nivel alto el tratamiento puede efectuarse en dos etapas.

Se divide el trayecto fistuloso en dos regiones a) La primera que va de la piel perianal, pasando por la fosa isquirrectal hasta el borde externo del esfínter externo. b) La segunda parte va del borde externo del esfínter externo, atraviesa este último y termina en la mucosa de la región anorectal.

PRIMERA ETAPA: Se practica una fistulectomía en la primera parte fistulosa y en la segunda se efectúan 3 ó 4 puntos circulares de seda gruesa (SEDAL). Estos puntos de sutura se inician en la piel perianal, atraviesan la fosa isquirrectal, pasan a través de la segunda porción del trayecto fistuloso, salen por el ano y se

anudan en la piel. El sedal confeccionado impide que el esfinter externo se desplace hacia afuera y provoque incontinencia fecal.

SEGUNDA ETAPA: cuatro a seis semanas después de lo anterior, cuando la fistulectomía ha cicatrizado, se procede a retirar el sedal y a practicar una fistulotomía en la segunda porción del trayecto fistuloso.

La tecnica descrita anteriormente para fístulas con trayecto alto a través del esfínter externo, ha proporcionado buenos resultados en nuestro país. (Dr. Julio Pineda)

c.- Fistulas Supra-Esfinterianas: Se efectúa una incisión longitudinal del esfínter interno, llegando al espacio inter-esfintérico donde se encuentra parte del trayecto fistuloso, se practica una fístulotomía tanto a nivel inter-esfintérico como en la fosa Isquiorectal.

d.- Fístula Extra-Esfinteriana: El orificio interno de la fístula generalmente se abre en el recto, en donde la presión es alta, esto hace que el moco y las heces penetren en el trayecto de la fístula e impida su curación, lo anterior ha alertado a los cirujanos quienes han modificado la técnica operatoria la cual, hoy en día consiste en:

1) Incidir el esfínter interno y localizar el trayecto fistuloso al cual se le puede practicar una Fistulectomía o simplemente dejarlo abierto.

2) Suturar el orificio interno.

3) Practicar una colostomía transversa temporal para disminuir la presión y el tránsito de heces en la ampolla rectal.

4) 4 a 6 semanas después se explora el trayecto de la Fistula la cual comunmente ha curado, si esto ocurre, se procede a efectuar cierre de la colostomía.

Lo expuesto anteriormente constituyen las técnicas más utilizadas particularmente en EE.UU. e Inglaterra. Empero los cirujanos pueden utilizar técnicas con las cuales hayan tenido experiencia y buenos resultados.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

LA CASUISTICA que a continuación se presenta corresponde a 59 casos de pacientes operados por fístula Anal, en el Hospital Roosevelt en el período de tiempo comprendido del primero de Enero de 1,970 al 31 de Diciembre de 1,979.

Durante el período indicado anteriormente se practicaron - 15,642 operaciones de Cirugía General, esto implica que el - 0.39% de las intervenciones fueron efectuadas con el fin de curar fístulas anales.

A.- DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

SEXO FEMENINO

GRUPO ETAREO	NUMERO DE PCTES.
10 a.-19 a	1
20 a.-29 a	5
30 a.-39 a	8
40 a.-49 a	1
50 a.-59 a	1
60 a.-69 a	0
70 a.-79 a	0
TOTAL	16

SEXO MASCULINO

GRUPO ETAREO	NUMERO DE PCTES.
10 a.-19 a	7
20 a.-29 a	6
30 a.-39 a	12
40 a.-49 a	9
50 a.-59 a	6
60 a.-69 a	2
70 a.-79 a	1
TOTAL	43

B.- DISTRIBUCION POR EDAD

GRUPO ETAREO	No. PACTES.	%
10 a.-19 a	8	13.55
20 a.-29 a	11	18.64
30 a.-39 a	20	33.89
40 a.-49 a	10	16.94
50 a.-59 a	7	11.86
60 a.-69 a	2	3.38
70 a.-79 a	1	1.69
TOTAL	59	100.00

Estos cuadros nos muestran que las fístulas anales son más frecuentes en el Sexo Masculino (2.68:1), lo cual concuerda con los estudios de otros países en los cuales nos indican una relación de Hombres a Mujeres de 3:1 (Parks 1975) y 5:1 (Morgan 1968).

También observamos que la Incidencia de casos se inicia a la edad de 12 años y aumenta paulatinamente, hasta llegar a su punto máximo en la cuarta década, para luego disminuir progresivamente al punto que después de los 60 años es raro encontrar pacientes con la afección que nos ocupa.

Lo anterior es similar a lo vertido por autores extranjeros - quienes nos indican que las fístulas anales son en su mayor parte padecimientos de pacientes adultos. (Turell).

C.- DISTRIBUCION POR TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO	No. PACTES.	%
1 mes	5	8.47
1 m - 11 m	34	57.62
1 a - 1a11m	6	10.16
2 a - 2a11m	3	5.08
3 a - 3a11m	6	10.16
4 a - 4a11m	0	0.00
5 a - 5a11m	0	0.00
6 a - 10a	3	5.08
11 a - 15a	2	3.38
TOTAL	59	100.00

Un porcentaje elevado de pacientes (66.09%) consultaron durante el primer año de iniciar sintomatología atribuible a fístula anal.

Entre los pacientes que consultaron después de un período - crónico de síntomas (11a-15a), mencionaremos que fueron pacientes que presentaban patología crónica (ej: Hipospadias) que anteriormente habían consultado con médicos particulares, en otros Hospitales; sin obtener buenos resultados.

D.- MANIFESTACIONES CLINICAS

SINTOMA	No. PCTES.	%
Supuración	53	89.83
Dolor	32	54.23
Tumefacción	27	45.76
Ardor	22	37.28
Hemorragia	17	28.81
Prurito	13	22.09
Diarrea	4	6.77
Estreñimiento	2	3.38

En lo referido por los pacientes podemos deducir que el cuadro clínico se conforma básicamente de supuración, dolor, tumefacción, ardor y hemorragia. La supuración consistía básicamente en gotas de pus, el ardor y el dolor fueron descritos como leves y que se agudizaban con el acto de la defecación; la tumefacción fue referida gran cantidad de veces como una "Ronchita" pruriginosa en la región de la piel perianal, la cual era tratada con remedios caseros y pomadas sin obtener resultados satisfactorios; la hemorragia fue descrita como leve, constituida - por gotas y/o estrias en las heces.

E.- NUMERO DE FISTULAS

No. DE FISTULAS	PCTES.	%
Unica	51	86.44
Doble	5	8.47
Múltiple	3	5.08
Total	59	100.00

Un porcentaje sumamente elevado (86.44%) presentó una sola fístula. Esto también está en completo acuerdo con lo reportado en otros estudios.

F.- TIPO DE FISTULA

TIPO	PACIENTES	%
Simple	52	88.13
Compuesta	2	3.38
Complic.	0	.00
Indeter	5	8.47
TOTAL	59	100.00

El tipo de fístula simple predomina ampliamente. Aquí mencionaremos dos aspectos importantes.

a.- Un porcentaje elevado de pacientes (87%) presentaron una sola fístula de tipo simple, y es precisamente esta última la que mejor responde al tratamiento.

b.- Fue imposible clasificar las fístulas de este estudio en otra forma (Interesfintéricas, Transesfintéricas, etc.) por no haber encontrado más detalles en el record operatorio.

G.- LOCALIZACION DE LA FISTULA

LOCALIZACION	PCTES.	%
Anterior	10	16.94
Media	0	0.0
Posterior	29	49.15
Indeter	20	33.89
TOTAL	59	100.00

Como es obvio la fístula de localización posterior fue la más frecuente. Diversos autores han obtenido los mismos resultados (Eisenhammer, Jolliger). Se cree que la causa de este fenómeno está condicionada por haber en la región posterior del canal rectal, un número mayor del criptas.

Revisando los records operatorios encontramos que en muchos no se describe la posición de la fístula anal, motivo por el cual observamos en el cuadro que, el 33.84% de los casos son reportados como posición indeterminada.

H.- TIPO DE ANESTESIA

ANESTESIA	PCTES.	%
Raquídea	30	50.84
Epidural	15	25.42
General	14	23.72
TOTAL	59	100.00

En aproximadamente la mitad de los pacientes se utilizó anestesia Raquídea. La anestesia general se efectúó en casos de fístulas que comunicaban con otros órganos (Recto-Uretral, etc.), o cuando los procedimientos quirúrgicos eran más extensos.

I .- TRATAMIENTO

Tx.	PCTES.	%
Fistulectom.	37	62.71
Fistulotom.	22	37.28
TOTAL	59	100.00

El tratamiento instituido fue quirúrgico en todos los casos y la fistulectomía constituyó el mayor porcentaje.

En cinco pacientes que padecieron Fístulas Anales que comunicaban con cavidades huecas (vejiga, Uretra, etc.), fue practicada una Colostomía Transversa.

J.- RECIDIVAS

FISTULECT.		FISTULOT.	
♂	♀	♂	♀
2	1	3	0

Seis de los 59 casos operados recidivaron, lo cual representa un 10.16%.

De las 37 fistulectomías efectuadas 3 recidivaron a fístula constituyendo un 8.10%.

De las 22 fístulotomías efectuadas 3 formaron nuevamente trayecto fistuloso, lo que constituye 13.63%.

Se encontraron dos pacientes que habían sido tratados en otros hospitales (1 en el Hospital Nac. de Jalapa y otro en 1 hospital de los EE.UU.), Aparentemente solo con drenaje de Absceso, el cual posteriormente se transformó en una Fistula Anal, dichos pacientes después del tratamiento efectuado en el Hospital Roosevelt, no presentaron problemas.

K.- No. DE CITAS A CONSULTA EXTERNA

No. CITAS	PCTES.	%
0	43	72.88
1	7	11.86
2	3	5.08
3	5	8.47
+3	1	1.69
TOTAL	59	100.00

Un número grande de pacientes no tuvo un solo control en el servicio de consulta externa, este hecho nos inclina a pensar en un mal seguimiento de los casos. Por otra parte los pacientes que fueron examinados después de su egreso en tres o más oportunidades forman parte de un grupo que presentó recidivas o que el procedimiento quirúrgico había sido más complicado, en relación a los otros casos.

L.- MORBILIDAD ASOCIADA

ENFERM.	PCTES.	%
Hemorroides	8	13.55
Enf. Péptica	3	5.08
Quiste con Cisticercos	1	1.69
Hipospadias	1	1.69
BK	1	1.69
Diabetes	1	1.69
Gran Mal	1	1.69
TOTAL	16	27.11

En este cuadro los 59 casos estudiados conforman el 100%. Observamos que las Hemorroides (que también pueden ser causa de fístulas anales), constituyen la morbilidad más frecuentemente asociada, en esta serie.

M.- REPORTE DE PATOLOGIA

No en todos los casos se encontró este informe, pero generalmente la pieza enviada a estudio fue reportada como: "Reacción Inflamatoria Crónica no Específica, con Fibrosis". En un caso aislado en el cual se encontró un quiste se reportó: "Cisticercos".

N.- GERMEN CULTIVADO

Se encontraron únicamente dos informes de cultivo en los cuales se reportó:

a.- Colibacilos.

b.- Cocos Gran Positivos y Bacilos Gran Negativos.

CONCLUSIONES

1.- Las fístulas anales son más frecuentes en hombres que en mujeres puesto que la proporción encontrada, fue de 2.68: 1

2.- Los pacientes más afectados por fístulas anales son los comprendidos en la cuarta década de la vida.

3.- La supuración y tumefacción rectales o perirectales, acompañadas de dolor y ardor al defecar son muy sugestivas de fístula anal.

4.- Las fístulas anales únicas y simples son las más comunes, ya que se encontraron en 86.44% y 88.13% respectivamente.

5.- La Raquianestesia es la más usada y satisfactoria para las intervenciones quirúrgicas por fístulas anales no complicadas.

6.- La fístula anal es una afección benigna que con tratamiento adecuado cura en alto porcentaje.

7.- La fistulectomía es el tratamiento de elección pues su práctica implica un porcentaje menor de recidivas.

8.- La localización de la fístula en la región posterior del canal ano-rectal fue la más frecuente, su porcentaje fue de 49.15.

9.- En el servicio de consulta externa, el seguimiento de los casos es deficiente, por cuanto el 72.88% de los pacientes

no fueron re-examinados una sola vez después de su egreso.

10.- La recidivas si existen, y el índice del Hospital Roosevelt es alto (10.16%), en comparación con el encontrado en el Hospital General San Juan de Dios en 1966 (1.76%).

RECOMENDACIONES

1.- Practicar fistulectomía a todo paciente que padezca de fístula anal.

2.- Clasificar las fístulas de acuerdo a su trayecto en el canal ano-Rectal (Inter-Esfintéricas, Trans-esfintéricas, etc.)

3.- Cuando se desarrolle el record operatorio, describir clara y exactamente la localización de la Fístula.

4.- Siendo la Anestesia Raquídea la más fácil de realizar y la que económicamente implica menos gastos, es recomendable su aplicación en intervenciones quirúrgicas de fístulas anales, que no presenten ninguna complicación.

5.- Efectuar un mejor seguimiento de los casos egresados, por medio de consulta externa.

BIBLIOGRAFIA

1.- Castillo Montalvo, Oscar Rolando.
"EVALUACION DE LA FISTULA ANAL Y SU TRATAMIENTO"
Facultad de Ciencias Médicas. USAC.
Tesis de Graduación.

2.- Charles W.
"SURGERY OF THE SMALL AND LARGE INTESTINE"
The Year Book Publishers Inc. May. 1958.

3.- Davis- Christopher.
"Tratado de Patología Quirúrgica"
Ed. Interamericana. 10 ed.

4.- Eisenhammer, "DISEASE COLON AND RECTUM"
May- Jun. 1978.

5.- Hammer D. And Mathenson.
"INTESTINAL OBSTRUCTION AFTER EXCISION OF THE-RECTUM"
The British Journal of Surgery.
No. 7. Londres 1977.

6.- Lyttle J.A. And Parks A. G.
"INTERESPHINTERIC EXCISION OF THE RECTUM"
The British Journal of Surgery.
No. 6. Londres 1977.

7.- Meck J.-Hughes E.S.
"ANAL FISTULAS AT ST. MARK'S HOSPITAL"

The British Journal of Surgery.
No. 2 Londres 1977.

8.- Parks A. G.- Gordon P.H.
"A CLASSIFICATION OF THE FISTULA IN ANO"
The British Journal of Surgery.
No. 1. Londres. 1976.

9.- Parks A.G.- Allen C. L.
"A METHOD OF TREATING POST IRRADITION, RECTO-VAGINAL FISTULAS"
The British Journal of Surgery.
No. 6. Londres. 1978.

10.- Parks A.G.- Golligher
"FISTULA IN ANO"
Diseases of the Rectum and Colon.
No. 6. September. 1976.

11.- Rhoads, Allen, Harkins.
"PRINCIPIOS Y PRACTICA DE CIRUGIA".
Ed. Interamericana. 4 ed.

12.- Robbins S.L.
"TRATADO DE PATOLOGIA"
Ed. Interamericana, 3 ed.

13.- Tetut L.- Latarget A.
"TRATADO DE ANATOMIA"
Ed. Salvat. 9 ed. tomo IV.

14.- Thai J.
"ANOVESTIVULAR AND ANOVALVULAR FISTULA - WITHOUT ANORECTAL MALFORMATION IN INFANT".

Journal Medical Association.
Jul. 1978.

15.- Turell, Robert.
"DISEASES OF THE COLON AND ANORECTUM".
Ed. Saunders Company. 1959.

16.- Tomas G.G.
"THE MANAGEMENT OF THE FISTULA BETWEN THE RE
TUM AND THE LOWER URINARY TRACT".
The Journal Pediatric Surgery.
Feb. 1979.

17.- William-Miller.
"A SUCCES FULL REPAIN OF THE RECTO-URETHRAL F
TULA".
The British Journal of Surgery.
No. 6. 1978.

Br. _____

MARIO AUGUSTO VELASQUEZ MONROY

_____

Asesor.

Dr. CARLOS ARRIAGA ESCOBAR

Dr. _____

Revisor.

Dr. BAYARDO ALVAREZ RUIZ

_____

Director de Fase III

Dr. HECTOR NUILA

Dr. _____

Secretario

Dr. RAUL CASTILLO RODAS

Bo.

Dr. _____

Decano.

Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO