

112382



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O. D.

FISTULAS ANALES: REVISION DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS
EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O. D.

Handwritten signature and vertical lines

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
COLOPROCTOLOGO
PRESENTA:
DR. ROBERTO EDUARDO AMADOR CORTES

ASESOR: DR. LUIS CHARUA GUINDIC



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

2001

MEXICO, D. F.,

SEPTIEMBRE DEL 2001

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FÍSTULAS ANALES: REVISION DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DEL
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O. D.**

DR. LUIS CHARUA GUINDIC.

Médico Adscrito de la Unidad de Coloproctología.

Profesor Adjunto del Curso en
Especialización en Coloproctología.

Asesor de tesis.

Tel. 55451863.

Bip. 56299800 clave 4331.

DR. ROBERTO EDUARDO AMADOR CORTÉS.

Médico Residente de 2º año del Curso de

Especialización en Coloproctología.

RFC: AACR700616.

Tel. 55-81-81-74.

Bip. 52-27-79-79

Pin. 690-68-20.

DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA.


Jefe de la Unidad de Coloproctología.

Profesor Titular del Curso de

Especialización en Coloproctología.

Tel. 55880100 Ext. 1045

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**


SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

INDICE

I.	INDICE.....	1
II.	RESUMEN.....	2
III.	INTRODUCCIÓN.....	3
IV.	ANTECEDENTES.....	4
V.	JUSTIFICACIÓN.....	5
VI.	OBJETIVO GENERAL.....	6
VII.	OBJETIVO ESPECIFICO.....	7
VIII.	DISEÑO Y DURACIÓN.....	8
IX.	ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD.....	9
X.	RECURSOS.....	10
XI.	ASPECTOS EMBRIONARIOS Y ANATÓMICOS	
	ANAORRECTALES.....	11
	EMBRIOLOGÍA.....	11
	ANATOMIA.....	13
XII.	FÍSTULA ANAL.....	27
	DEFINICIÓN.....	27
	ETIOLOGÍA.....	27
	CLASIFICACIÓN.....	29
	EXPLORACIÓN PROCTOLÓGICA.....	30
	DIAGNOSTICO.....	31
	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	31
	TRATAMIENTO.....	31
	COMPLICACIONES.....	33
XIII.	MATERIAL Y METODOS.....	34
XIV.	RESULTADOS.....	35
XV.	CONCLUSIONES.....	37
XVI.	GRAFICAS.....	38
XVII.	ANEXO.....	39
XVIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	40

II. RESUMEN:

Justificación: No existen registros de la frecuencia, tipo, evolución, complicaciones y morbilidad en el manejo de las fistulas anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., por lo que es necesario revisar y conocer la evolución y tipo de manejo utilizado.

Objetivo general: Establecer la frecuencia, tipo, evolución, complicaciones y morbilidad en el manejo de las fistulas anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., además de las variables asociadas como son edad, sexo, tiempo de evolución, cuadro clínico, número, localización y distancia de los orificios fistulosos secundarios, y por último, el tratamiento quirúrgico empleado.

Objetivos específicos: Determinar la edad de presentación, el sexo, antecedentes de importancia, las patologías anorrectales agregada, el tiempo de evolución, el cuadro clínico predominante, el número, localización y distancia de los orificios fistulosos secundarios, el tipo de fistula, el tratamiento quirúrgico realizado y la complicación postquirúrgica.

Diseño y duración: Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal. Iniciado en enero de 1996 y concluido en diciembre del 2000.

Material y métodos: Se revisaron 8818 expedientes clínicos de enero de 1996 a diciembre del 2000, de pacientes que acudieron a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D. De ellos, 595 pacientes acudieron por ser portadores de fistula anal. Las variables analizadas incluyen edad, sexo, localización y número de orificios fistulosos secundarios, y tipo de fistula.

Se excluyeron pacientes operados en otras unidades del hospital o por otras instituciones.

Análisis de resultados: Se analizaron 8816 expedientes de los cuales se diagnosticó 595 (6.75%) con fistula anal. Siendo el 84.03% del sexo masculino. Y la edad de presentación más frecuente entre 31 y 40 años. Se observó en 227 pacientes (38.15%) un tiempo de evolución de 1 a 6 meses. Presentándose el cuadro clínico en forma intermitente en 295 pacientes (49.57%). Siendo el antecedente personal más frecuente la DM II en 36 pacientes (5.88%). El número predominante de orificios fistulosos secundarios fue 1 (88.91%), siendo la localización más común la lateral izquierda en 142 (22.08%) y la distancia al ano entre 1.0 a 2 cm (47.06%). Encontrándose el 87.86% de los orificios fistulosos secundarios activos. La fistula anal interesfintérica se presentó en 367 pacientes (61.68%). La cirugía más empleada fue la fistulectomía en 532 pacientes (89.41%). Dentro de las complicaciones tempranas postquirúrgicas se encontró retención urinaria en 10 pacientes (1.68%) y la incontinencia a gases como complicación tardía en 4 pacientes (0.67%).

Conclusión: El diagnóstico de la fistula anal siempre va precedido de la presencia y drenaje de un absceso anal ya sea de manera espontánea o quirúrgica. La incidencia de complicaciones postquirúrgicas es muy baja con un (4.20%). Siendo la principal la retención urinaria. Se concluye que el tratamiento de elección es quirúrgico y el rango de complicaciones es bajo.

III. INTRODUCCIÓN:

La fístula anal es una patología relativamente frecuente, y es la fase crónica del absceso anal. Es común que estos pacientes sean manejados y diagnosticados inadecuadamente, hasta que acuden con el Cirujano General o con el Coloproctólogo.

El motivo de este estudio es conocer la frecuencia, tipo, evolución, complicaciones y morbilidad en el manejo de las fístulas anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., además de las variables asociadas como son edad, sexo, tiempo de evolución, cuadro clínico, número, localización y distancia del ano de los orificios fistulosos secundarios, y por último, el tratamiento quirúrgico empleado

IV. ANTECEDENTES:

La fístula anal es una enfermedad que ha sido descrita desde principios de la historia médica.

Hipócrates, alrededor de 430 a. C., sugirió que la enfermedad era causada por "las contusiones ocasionadas al cabalgar en las ancas del caballo". Fue la primera persona en sugerir el uso de seton (del latín seta: cerda).

Percival Pott (1714-1788), oriundo de Londres, Inglaterra. En su "Tratado de fístula", hace énfasis en 1745 en una mínima disección, lo que actualmente conocemos como fistulotomía.

Frederick Salmon (1796-1868), originario de Bath, Inglaterra, miembro del Colegio Real de Cirujanos en 1835 abre una institución con el nombre "El hospital para el alivio de los pobres, afectados con fístulas y otras enfermedades del recto" y después de dos reubicaciones fue reabierto el 25 de Abril del 1854 (día de San Marcos) lo que hoy conocemos con St. Mark's Hospital.

David Henry Goodsall (1843-1906) nacido en Gravesend, Inglaterra. Emite en 1900 la regla que lleva su nombre, que será descrita más adelante y vigente hasta nuestros días.

V. JUSTIFICACIÓN:

No existen registros de la frecuencia, tipo, evolución, complicaciones y morbilidad en el manejo de las fistulas anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., por lo que es necesario revisar y conocer la evolución y tipo de manejo utilizado.

VI. OBJETIVO GENERAL:

Establecer la frecuencia, tipo, evolución, complicaciones y morbilidad en el manejo de las fístulas anales en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., además de las variables asociadas como son edad, sexo, tiempo de evolución, cuadro clínico, número, localización y distancia de los orificios fistulosos secundarios, y por último el tratamiento quirúrgico empleado.

VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar la edad de presentación, el sexo, antecedentes de importancia, las patologías anorrectal agregada, el tiempo de evolución, el cuadro clínico predominante, el número, localización y distancia de los orificios fistulosos secundarios, tipo de fistula, el tratamiento quirúrgico realizado y las complicaciones posquirúrgicas.

VIII. DISEÑO Y DURACION:

Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, iniciado en enero de 1996 y concluido en diciembre del 2000.

IX. ASPECTOS ETICOS Y DE BIOSEGURIDAD:

El estudio se apega a los acuerdos de Helsinki de 1964 y sus revisiones posteriores por varias asambleas. Por ser tipo observaciones sin comprometer la integridad física o psicológica del paciente, no se requiere hoja de autorización para la realización de este protocolo.

X. RECURSOS:

En el estudio se revisaron los expedientes clínicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., de enero de 1996 a diciembre del 2000, con el asesoramiento de los Médicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. Los materiales y equipos utilizados fueron otorgados por el Hospital General de México, O. D.

Se usó computadora para archivar y procesar los datos con el programa Microsoft Word y Excel 2000.

XI. ASPECTOS EMBRIONARIOS Y ANATÓMICOS ANORRECTALES:

EMBRIOLOGIA:

La gestación se divide en dos períodos, el primero llamado organogénesis o embrionario y el segundo llamado de crecimiento o maduración o fetal.

Durante el período embrionario entre la 4ª y la 8ª semanas el embrión se encuentra formado como una placa con sus tres capas germinativas bien diferenciadas (ectodermo, mesodermo y endodermo), tiene lugar la flexión céfalo-caudal y lateral del mismo, el intestino primitivo, originado del endodermo, en estos momentos está constituido por 3 segmentos: el intestino anterior, el medio y el posterior.

Los intestinos anterior y posterior están constituidos por una placa sólida que posteriormente se hace tubular durante el período fetal, el intestino medio se encuentra abierto hacia el saco vitelino; esta comunicación se cierra debido a los movimientos de plegamiento que presenta el embrión, quedando al final un conducto angosto y largo que continúa comunicando con el exterior del embrión conocido como conducto ónfalo-mesentérico o vitelino que posteriormente se ocluye y persiste así durante toda la vida del individuo.

Del intestino posterior se originarán entre otras estructuras el tercio distal del colon transversal, el colon descendente, el colon sigmoides, el recto y la porción superior del conducto anal.

El intestino posterior termina en la cloaca, la cual se encuentra cerrada por la membrana cloacal la cual se dividirá por medio del tabique urogenital en membrana urogenital y membrana anal.

La membrana anal es rodeada por abultamientos de mesénquima y en la octava semana se advierte como una depresión ectodérmica llamada fosa anal o protodeo; en la novena semana se rompe la membrana anal y el recto comunica libremente con el exterior.

La porción superior del conducto anal es de origen endodérmico y está vascularizada por la arteria del intestino posterior, la arteria mesentérica inferior, el tercio inferior del conducto anal es de origen ectodérmico y está irrigado por las arterias hemorroidales, ramas de la arteria pudenda interna, la unión entre las porciones endodérmica y ectodérmica está constituida por la línea anorrectal, localizada en el producto de término debajo de las columnas anales, aproximadamente a 1.5 cm del ano.

El desarrollo del tabique uorrectal es de suma importancia ya que alteraciones en el mismo pueden ocasionar ano imperforado, atresia rectal y comunicaciones anómalas entre el intestino distal y la uretra, la vejiga o la vagina.

ANATOMÍA:

El conocimiento de la anatomía del ano, recto y piso pélvico es esencial para entender la formación y extensión de los abscesos anales.

Conducto anal:

El conducto anal es la porción terminal del tracto intestinal, inicia en la línea de unión anorrectal, tiene 3 a 4 cm de longitud y termina en el ano, se encuentra rodeado por el aparato esfinteriano y debido a la contracción tónica de estos músculos permanece cerrado, apareciendo como una ranura ánteroposterior.

Con fines descriptivos puede decirse que el aparato esfinteriano está formado por dos tubos, el interno de músculo liso inervado por el sistema nervioso autónomo (involuntario) y el externo, de músculo esquelético con inervación somática (voluntario); este aparato esfinteriano se describirá más adelante y es de fundamental importancia en la continencia.

El conducto anal está cubierto por diferentes tipos de epitelio; en su punto medio, se encuentra la línea anorrectal, la cual se localiza aproximadamente a 1.5 a 2 cm del ano; el recto se estrecha a nivel de la línea anorrectal hacia el conducto anal, formando pliegues mucosos verticales en número de 6 a 14, conocidos como columnas de Morgagni, en cuyo extremo interior se forman bolsas pequeñas llamadas criptas anales, en las que desembocan los conductos de las glándulas anales (4 a 10), que penetran en la submucosa con dirección hacia abajo y afuera; dos tercios de ellas cruzan el esfínter anal interno, llegando incluso al plano interesfinteriano y muy raramente penetran el esfínter externo.

El conducto anal, por arriba de la línea anorrectal, está cubierto por epitelio columnar, que se continúa con una zona de transición de 6 a 12 mm conocida como zona cloacogénica, en donde existe un cambio gradual entre el epitelio

columnar y el epitelio escamoso; debajo de la línea anorrectal se encuentra el epitelio escamoso conocido como anodermo, que no es piel verdadera por carecer de estructuras cutáneas accesorias y se extiende hasta el ano, en donde se engrosa y adquiere características histológicas de piel normal.

Recto:

El recto tiene un inicio arbitrario, se puede considerar que principia a nivel de la tercera vértebra sacra (S3) o también donde las tenias del colon, que son tres bandas bien diferenciadas, desaparecen continuando como una capa delgada de músculo longitudinal liso en el recto; a esta unión recto-sigmoidea también se le conoce como válvula recto-sigmoidea y es el segundo punto más estrecho del colon posterior a la válvula ileocecal.

A partir de su origen, el recto desciende a lo largo de la curvatura del sacro y del coxis y termina en la cara superior del diafragma pélvico, donde se curva de manera súbita hacia abajo y atrás pasando entre los músculos elevadores del ano, continuándose con el conducto anal.

El recto mide de 12 a 15 cm de longitud y describe 3 curvas laterales, la superior y la inferior son convexas hacia la derecha y la media hacia la izquierda.

El recto está constituido por 4 capas que de afuera a adentro son: peritoneal, muscular, submucosa y mucosa.

Para comprender el recubrimiento peritoneal del recto se le divide en tres porciones, el tercio superior está cubierto por peritoneo en sus caras anterior y lateral, el tercio medio solo está cubierto por peritoneo en su cara anterior y el tercio inferior es extraperitoneal.

La reflexión peritoneal conocida como fondo de saco de Douglas, localizada en el tercio medio del recto presenta variaciones individuales y de sexo, en los hombres la reflexión peritoneal se localiza entre 7 a 9 cm del ano y en las mujeres entre 5 a 7.5 cm del ano; por otra parte, existen dos constantes: la válvula media de Houston, en la luz del recto, corresponde aproximadamente a la reflexión peritoneal anterior y la reflexión peritoneal posterior se localiza por lo regular de 12 a 15 cm del ano.

Posteriormente, el recto es retroperitoneal y está cubierto por una prolongación de la aponeurosis pélvica llamada fascia propia, a ambos lados y retroperitoneal, el tejido se compacta formando los ligamentos laterales que unen al recto con la aponeurosis pélvica parietal.

El sacro y el coxis están cubiertos por la aponeurosis presacra que también cubre los vasos sacros medios.

A nivel del cuarto segmento sacro, inicia una aponeurosis avascular y resistente llamada rectosacra o de Waldeyer que se extiende hacia abajo y adelante y se inserta en la fascia propia de la unión anorrectal.

El espacio posterior, por debajo de la aponeurosis rectosacra, es el espacio supraelevador o infrarrectal; en su parte anterior, la porción extraperitoneal del recto se encuentra cubierta por la aponeurosis pélvica visceral o de Denonvillier, que se extiende desde la reflexión peritoneal hasta el diafragma urogenital y continúa con la parte anterior de los ligamentos laterales; la aponeurosis de Denonvillier separa al recto de la próstata y las vesículas seminales en el hombre y en la mujer se localiza en el tabique recto-vaginal, separando al recto de la vagina.

La capa muscular está formada por 2 músculos, uno interno y grueso de fibras circulares y otro externo y fino de fibras longitudinales que es continuación de las 3

bandas llamadas tenia coli que recorren al colon en su totalidad; hacia abajo, ambos músculos contribuyen a la formación de la musculatura anal.

La submucosa contiene los vasos y nervios rectales.

La mucosa, normalmente de color rosado o rojo pálido, forma tres pliegues prominentes dispuestos en espiral y de forma semilunar llamados válvulas de Houston; las válvulas superior e inferior son izquierdas y la válvula media es derecha; éstas tienen importancia clínica, ya que no contienen todas las capas de la pared rectal por lo que la toma de biopsias en éstas conlleva un riesgo mínimo de perforación.

En el extremo inferior del órgano, por su cara interna, existen unos pliegues verticales de unos 15 a 20 mm de longitud llamados columnas de Morgagni, entre los cuales, se forman depresiones o sacos a los que se les conoce como criptas de Morgagni.

MUSCULOS ANORRECTALES:

Esfínter anal interno:

La prolongación hacia abajo del músculo liso circular del recto se torna más gruesa y redonda en su extremo inferior y es conocido como esfínter anal interno, la porción más baja del músculo esfínter anal interno se localiza a 1 ó 1.5 cm debajo de la línea anorrectal.

Músculo longitudinal conjunto:

Constituido por los músculos elevador del ano y del puborrectal, se localiza entre los esfínteres anales interno y externo, es muy fino y envía fibras que se insertan en la piel perianal atravesando la porción inferior del esfínter anal externo y

constituyen el músculo corrugador del ano, Fine y Lawes lo denominaron musculatura submucosa del ano; otras fibras atraviesan el esfínter anal interno y se insertan debajo de las criptas anales y se les conocen como ligamento suspensorio mucoso.

La función de este músculo es fijar el conducto anal y voltearlo hacia fuera durante la defecación.

Esfínter anal externo:

Se han hecho varias descripciones anatómicas del esfínter anal externo, que es el encargado del control voluntario del mecanismo esfinteriano; actualmente la descripción más aceptada es la de Shafik, que ha demostrado la existencia de 3 asas en forma de U; el asa superior abarca la porción profunda del esfínter externo fusionada al puborrectal, se origina en la parte inferior de la sínfisis del pubis y rodea la parte superior del conducto anal, desviándolo hacia abajo; el asa intermedia, con dirección horizontal, que corresponde al esfínter externo superficial, rodea al conducto anal y se inserta en el coxis por medio del ligamento anococcigeo; el asa inferior corresponde a la porción subcutánea.

Shafik opina que durante la contracción voluntaria las 3 asas se contraen en direcciones diferentes; las asas superior e inferior dirigen el conducto anal hacia delante, y el asa intermedia lleva el conducto anal hacia atrás; de esta manera, cada asa es un esfínter separado que complementa a los otros para ayudar a mantener la continencia.

DIAFRAGMA MUSCULAR DE LA PELVIS:

Músculos elevadores del ano:

El músculo elevador del ano es un músculo delgado y ancho, forma la mayor parte del piso pélvico; tradicionalmente se le consideraba constituido por los músculos ileococcígeo, el pubococcígeo y el puborrectal; sin embargo, estudios más recientes indican que lo integran solamente el ileococcígeo y el pubococcígeo y que el puborrectal forma parte de la porción profunda del esfínter anal externo, debido a que ambos se unen, se fusionan y tienen la misma inervación.

Músculo ileococcígeo:

Se origina en la espina isquiática y la parte posterior de la aponeurosis obturadora, se dirige hacia abajo, atrás y medialmente y se inserta en los 2 últimos segmentos del sacro y del rafé anococcígeo.

Músculo pubococcígeo:

Se origina en la mitad anterior de la aponeurosis obturadora y de la parte posterior del pubis, se dirige hacia atrás, abajo y medialmente y se entrecruza con las fibras del lado opuesto formando una línea de entrecruzamiento llamado rafé anococcígeo; también envía fibras que se fijan directamente a la punta del coxis y al último segmento sacro y también envía fibras que toman parte en la formación del músculo longitudinal conjunto.

Las fibras musculares del pubococcígeo forman un espacio elíptico llamado hiato del elevador a través del cual pasa la parte inferior del recto, la uretra prostática y la vena dorsal del pene en el hombre o la vagina y la uretra en la mujer, éstas se unen entre sí por medio de la aponeurosis pélvica llamada ligamento hiatal.

El dispositivo entrecruzado de los músculos ileococcígeo y pubococcígeo fijados en el rafé anococcígeo impide el efecto constrictor sobre las estructuras intrahiatales durante la contracción del músculo elevador del ano y ocasiona un efecto dilatador.

Músculo puborrectal:

Se origina en la parte posterior de la sínfisis púbica y la porción superior del diafragma urogenital, se extiende hacia atrás a lo largo de la unión anorrectal y se une con el músculo contralateral por detrás del recto formando un asa en forma de U que suspende el recto.

Durante la defecación, hay relajación del músculo puborrectal junto con la contracción del músculo elevador del ano, lo que provoca la dilatación del hiato y eleva el recto inferior y el conducto anal; en la posición erecta, el músculo elevador del ano sostiene las vísceras intrahiatales.

Milligan y Morgan designaron el término "anillo anorrectal" a la zona muscular de unión del recto y el conducto anal; está compuesto por los bordes superiores de los esfínteres anales interno y externo y el músculo puborrectal; esta estructura es fundamental durante el tratamiento de la fístulas y abscesos anales, ya que la sección de estas estructuras tiene como consecuencia incontinencia anal.

ESPACIOS ANORRECTALES:

Espacio perianal:

Conocido también como espacio marginal, se localiza desde la unión anorrectal y rodea el conducto anal, se continúa hacia abajo y a los lados hacia el tejido adiposo glúteo; su parte medial continúa con el espacio interesfintérico y contiene

la parte más baja del esfínter anal externo, el plexo hemorroidal externo, las ramas de los vasos rectales inferiores y los linfáticos.

Un tabique elástico con aspecto de panal compacto divide éste espacio y es el causante del dolor intenso que se produce cuando se acumula pus o sangre en él.

Espacio isquiorrectal:

Localizado en la fosa isquiorrectal que tiene forma piramidal, el ápice lo forma el origen del músculo elevador del ano en la aponeurosis obturadora, anteriormente limita con los músculos perineal superficial y transverso profundo y el límite posterior de la membrana perineal; el límite posterior está constituido por el ligamento sacrotuberoso y el borde inferior del músculo glúteo mayor.

Hacia la línea media la fosa esta limitada por los músculos elevador del ano y esfínter anal externo incluyendo la aponeurosis que los cubre.

La pared lateral es casi vertical y está formada por el músculo obturador interno que se apoya sobre el isquion y la aponeurosis obturadora en la que se encuentra sobre su pared lateral el conducto de Alcock que contiene los vasos pudendos internos y el nervio pudendo.

El contenido de la fosa isquiorrectal incluye tejido adiposo, el nervio rectal inferior, los vasos rectales inferiores, los nervios y vasos escrotales en el hombre y labiales en la mujer, los vasos perineales transversos y la rama perineal del cuarto nervio sacro.

En la parte anterior el espacio isquiorrectal tiene una extensión que cursa encima del diafragma urogenital y comunica anteriormente con el espacio isquiorrectal contralateral.

Espacio interesfinterico:

Se localiza entre los músculos esfintéricos anales interno y externo, se continúa hacia abajo con el espacio perianal y se prolonga hacia el espacio supraelevador.

Espacio supraelevador:

Situado a cada lado del recto, limitado en la parte superior por el peritoneo, a los lados por la pared pélvica, en la parte media por el recto y hacia abajo por el músculo elevador del ano.

Espacio submucoso:

Se encuentra entre el esfínter anal interno y la mucosa, se extiende distalmente hacia la línea anorrectal y proximalmente continúa con la submucosa del recto y contiene el plexo hemorroidal interno.

Espacio postanal superficial:

Conecta ambas fosas isquiorrectales, posteriormente y por abajo del ligamento anococcígeo.

Espacio postanal profundo:

Llamado también espacio de Courtney, comunica ambos espacios isquiorrectales posteriormente, por encima del ligamento anococcígeo, pero por debajo del músculo elevador; este espacio es la vía común para que un proceso séptico en una fosa isquiorrectal pase a la contralateral dando por resultado un absceso y/o fístula en herradura.

Espacio retrorrectal:

Se localiza entre los dos tercios superiores del recto y del sacro, arriba de la aponeurosis rectosacra, anteriormente limita con la fascia propia que cubre al recto, hacia atrás por la aponeurosis presacra; en la parte superior comunica con el espacio retroperitoneal y en la inferior por la aponeurosis rectosacra que pasa por delante de la 4ª vértebra sacra al recto, aproximadamente entre 3 a 5 cm de la línea anorrectal.

Por debajo de la aponeurosis rectosacra está el espacio supraelevador, es un espacio potencial como los anteriormente descritos, en forma de herradura, limitado anteriormente por la aponeurosis de Denonvillier y hacia abajo por el músculo elevador del ano; este espacio está ocupado por tejido conjuntivo laxo.

IRRIGACIÓN DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL:

Arteria rectal (hemorroidal) superior:

Se origina de la arteria mesentérica inferior, desciende por el mesocolon sigmoide y al cruzar la arteria ilíaca común izquierda cambia de nombre a arteria rectal (hemorroidal) superior y es considerada rama terminal de la arteria mesentérica inferior; se divide en ramas izquierda y derecha colocándose la izquierda, en la cara anterior del recto y la derecha, en la cara posterior.

Arterias rectales medias:

Se originan de las arterias ilíacas internas e irrigan la porción media del recto y el conducto anal superior; esta arteria es inconstante.

Arterias rectales (hemorroidales) inferiores:

Se originan de las arterias pudendas internas (en el conducto de Alcock), que a su vez se originan de la arteria ilíaca interna, atraviesan la fosa isquiorrectal e irrigan los músculos del esfínter anal.

Arteria sacra media:

Se origina en la parte posterior de la aorta a 1.5 cm arriba de su bifurcación, desciende sobre las dos últimas vértebras lumbares, el sacro y el cóccix, por detrás de la vena ilíaca común izquierda, el nervio presacro y los vasos rectales superiores e irriga la porción inferior del recto.

DRENAJE VENOSO DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL:

El retorno venoso del recto y del conducto anal se efectúa por 2 sistemas: el portal y el sistémico.

La vena rectal (hemorroidal) superior drena al recto y la parte superior del conducto anal hacia el sistema portal a través de la vena mesentérica inferior.

Las venas rectales medias drenan la parte media del recto y la parte superior del conducto anal a las venas ilíacas internas, hacia la circulación sistémica, las venas rectales medias son incostantes.

Las venas rectales (hemorroidales) inferiores, drenan la parte inferior del conducto anal hacia las venas pudendas internas que continúan con las venas ilíacas internas hacia la circulación sistémica.

Las anastomosis entre las venas rectales constituye otra anastomosis portosistémica; esta anastomosis se efectúa a través del plexo rectal o hemorroidal en la submucosa de las columnas de Morgagni.

DRENAJE LINFÁTICO DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL:

Los vasos linfáticos siguen el mismo curso de la trama arterial.

La linfa de las partes superior y media del recto asciende a lo largo de la arteria rectal superior a los ganglios linfáticos mesentéricos inferiores.

La parte inferior del recto drena a través de los ganglios linfáticos inferiores hacia los lados a través de los linfáticos rectales medios a los ganglios ilíacos internos.

Los vasos linfáticos del conducto anal, arriba de la línea anorrectal, drenan a los ganglios linfáticos rectales superiores y lateralmente a lo largo de los vasos rectales medios, hacia los ganglios ilíacos internos.

La linfa del conducto anal, por debajo de la línea anorrectal, drena a los ganglios linfáticos inguinales, pero también puede hacerlo hacia los ganglios linfáticos rectales superiores o a través de los linfáticos rectales inferiores hacia los ganglios ilíacos internos.

INERVACION DEL RECTO Y CONDUCTO ANAL:

Recto:

De los 3 primeros segmentos lumbares de la médula espinal, salen fibras simpáticas formando el nervio simpático lumbar, que se une al plexo preaórtico, continúa a lo largo de la arteria mesentérica inferior como el plexo mesentérico inferior y llega a la parte superior del recto.

El nervio presacro o hipogástrico, proviene del plexo aórtico y de los 2 nervios espláncnicos lombares laterales; el plexo así constituido se divide en 2 ramas en donde se unen las ramas de los nervios parasimpáticos sacros o nervios erectores para formar el plexo pélvico que inerva el recto inferior, el conducto anal, la vejiga urinaria y los órganos sexuales; el recorrido nervioso anteriormente mencionado no sigue a los vasos sanguíneos.

El nervio presacro se encuentra por detrás de los vasos mesentéricos inferiores entre los 2 uréteres y en íntima relación con los vasos ilíacos y las vértebras lombares, se dividen y extienden por la pared pélvica lateral y descienden íntimamente adheridos a la cara posteriolateral del recto.

La inervación parasimpática se origina en el segundo, tercero y cuarto nervios sacros, situados a cada lado del orificio sacro anterior y se dirigen lateralmente hacia delante y arriba para unirse a los plexos pélvicos en las paredes laterales de la pelvis, de donde se distribuye a los órganos pélvicos.

Tanto el sistema simpático como el parasimpático intervienen en la erección, pero lo hacen en fases diferentes que incluyen el mecanismo de la eyaculación por lo que la lesión de alguno de ellos puede producir erección incompleta, falta de eyaculación, eyaculación retrógrada o impotencia total.

CONDUCTO ANAL:

Inervación motora:

El músculo esfínter interno tiene inervación simpática y parasimpática que le llegan por la misma vía que conduce al recto inferior.

El nervio simpático es motor y el parasimpático inhibitorio.

El músculo esfínter externo y los músculos elevadores del ano son inervados por la rama rectal inferior del pudendo interno y también por la rama perineal del cuarto nervio sacro.

Inervación sensorial:

La sensación cutánea de la región perianal y de la mucosa del conducto anal por debajo de la línea anorrectal es transmitida por ramas aferentes en los nervios rectales inferiores.

Por arriba de la línea anorrectal, en el recto, existe sensibilidad mal definida que se cree es mediada por nervios parasimpáticos.

XII. FÍSTULA ANAL:

DEFINICIÓN:

La fístula anal es un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto; el orificio localizado en la cripta anal se denomina primario o interno, y el cutáneo, secundario⁽¹⁾.

Se conoce con el nombre de sinus, fístula ciega o incompleta a la que sólo tiene un orificio cutáneo o mucoso cuyo trayecto se inicia en un foco infeccioso profundo.

ETIOLOGÍA:

Diversas condiciones pueden originar un absceso anal y secundariamente formar la fístula anal, y se clasifican en específicas e inespecíficas, siendo éstas últimas las más frecuentes.

La infección de las glándulas anales es la causa más común de formación de un absceso anal y son las consideradas inespecíficas.

En la unión anorrectal se encuentran las criptas anales; son pequeñas bolsas de forma triangular, abiertas hacia arriba, de base superior y vértice inferior, similares a las válvulas sigmoideas del corazón; su número varía entre 7 y 11 y se alternan con las papilas anales, que son pequeñas elevaciones de mucosa, generalmente imperceptibles a simple vista; estas criptas anales se prolongan hacia los tejidos subcutáneos por conductillos que se ramifican a profundidades variables para constituir las glándulas anales, la mayor parte de ellas de situación subcutánea, pero algunas perforan el esfínter interno y aun llegan a la capa interesfinteriana; su dirección es siempre hacia abajo y sólo por excepción de dirigen hacia arriba; es muy raro que penetren al esfínter externo. La obstrucción de estos conductillos

glandulares, secundaria a materia fecal, inflamación, cuerpos extraños o traumatismo, da lugar a éstasis e infección secundaria y debido a que el conducto esta epitelizado se favorece la cronicidad de la infección y se interfiere con la cicatrización.

La teoría de que las fístulas anales son de origen criptoglandular^(1,2,3), está sustentada no solamente en bases anatómicas, si no también en el hecho de que en la mayoría de los fístulas anales el orificio primario se encuentra a nivel de la línea anorrectal.

Al drenarse al absceso anal sigue una de las siguientes evoluciones:

- a) Cuando el absceso se drena, ya sea espontánea o quirúrgicamente, supura cuatro o cinco días, se ocluye el orificio y el padecimiento aparentemente cura; en un tiempo variable, que puede ser de semanas o meses y aún años, el absceso reincide, vuelve a vaciarse y desaparece nuevamente; ésto puede suceder innumerables veces.
- b) El orificio fistuloso, una vez desaparecido el absceso, continúa supurando durante semanas o meses, al cabo de los cuales se ocluye; después de una temporada de variación variable, generalmente prolongada y asintomática, el absceso vuelve a formarse.
- c) La fístula persiste supurando constantemente y escasamente, por tiempo indefinido, sin nueva formación de absceso.
- d) La fístula supura constantemente, en un momento dado se cierra por espacio de dos a tres días y se inicia la formación de un nuevo absceso, generalmente pequeño que se vacía a los dos o tres días, la fístula continúa supurando por una temporada, se ocluye, se forma otro absceso y así sucesivamente.

CLASIFICACIÓN:

A través de los años se han hecho múltiples clasificaciones de fístulas, en la región anorrectal y alrededor de ella. Algunas han sido muy sencillas, pero no han servido de mucho para el tratamiento, mientras que en otras se han usado términos que tienen diferentes connotaciones para los distintos cirujanos. La clasificación que se presenta a continuación fue descrita por Parks y es muy detallada y da una descripción precisa del curso anatómico de los trayectos fistulosos. Este conocimiento sirve como guía para el tratamiento quirúrgico. Se dividen en: interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas.

La fístula anal interesfintérica pasa a través del esfínter anal interno, y sigue el plano interesfintérico para abrir en la piel. Ocasionalmente, la fístula puede extenderse cefálicamente en el plano interesfintérico, pero esto no influye en la decisión terapéutica. La incidencia de esta fístula varía entre el 55% y el 70% dependiendo de las series revisadas, es por mucho el tipo de fístula más frecuente^(2,3).

La fístula anal transesfintérica pasa a través de ambos esfínteres antes de abrirse en la piel. El nivel del trayecto fistuloso determina la cantidad de esfínter que es necesario dividir y el riesgo posterior de incontinencia anal. Este tipo de fístula se presenta en 20% a 25% de las series. Ocasionalmente, una extensión al espacio supraelevador es identificada, en cuyo caso se completa la operación con curetaje e irrigación^(2,3).

La fístula supraesfintérica se encuentra en el 1% al 3%. La fístula se inicia en el plano interesfintérico y se dirige hacia arriba del anillo anorrectal para terminar en la fosa isquiorrectal⁽³⁾.

La fistula Extraesfintérica presenta una abertura interna en el espacio supraelevador con trayecto fistuloso que pasa a través del mecanismo esfinteriano. Es usualmente consecuencia de algún trauma, enfermedad de Crohn o enfermedad pélvica inflamatoria. Este tipo de fistulas representa del 2% al 3%.

De acuerdo a la regla de Goodsall, si hay una abertura posterior al plano coronal, la fistula probablemente tiene origen en la línea media posterior, con un probable trayecto fistuloso curvo, pero si es anterior, se extiende directamente hacia la cripta más cercana con un trayecto fistuloso recto⁽³⁾. Las aberturas que se ven a ambos lados del conducto anal sugieren la posibilidad de que provengan de una cripta de la línea media posterior para formar una fistula en herradura. Un orificio fistuloso secundario adyacente al margen anal puede indicar un trayecto interesfintérico, mientras que un trayecto fistuloso secundario localizado mas lateralmente indicaría un trayecto transesfintérico. Entre mayor sea la distancia del orificio fistuloso al margen anal, mayor es la probabilidad de que se trate de un trayecto supraesfintérico^(1,2,3).

EXPLORACIÓN PROCTOLÓGICA:

En la inspección de la región anoperineal se puede apreciar una abertura externa como una protusión denominado "orificio fistuloso secundario" con salida de material purulento o serosanguinolento. En algunas ocasiones la abertura puede ser tan pequeña o estar cerrada que solamente se puede detectar al realizar una palpación alrededor del ano, que de otro modo pasaría inadvertida^(1,2,3).

A la palpación externa se identifica el trayecto fistuloso; se percibe una estructura en forma de cordón por debajo de la piel, que se extiende del orificio fistuloso secundario hasta la cripta anal correspondiente o de origen⁽²⁾.

Excepcionalmente en la línea anorrectal se puede palpar una fosa indicativa del orificio fistuloso primario. La cripta de origen, a menudo queda retraída en un

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

embudo al estirar el tracto fibroso que conduce al esfínter interno. A esta condición se le denomina "signo de herniación" de la cripta afectada⁽²⁾.

También en forma excepcional, al momento de practicar una endoscopia se puede identificar la cripta enferma. Esto se logra cuando se observa salida de material purulento por la cripta correspondiente.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de un fistula anal se establece en la mayoría de los casos por la historia clínica y la exploración proctológica. Recientemente, en pacientes con trayectos fistulosos largos o en los que no es posible identificar clínicamente el trayecto fistuloso, se cuenta con el apoyo de del ultrasonido endoanal. Con ello, permite no sólo identificar el trayecto fistuloso sino el grado de compromiso del aparato esfinteriano.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Existen numerosas patologías que se asocian con la formación de abscesos y la posterior formación de fistula anal tales como la tuberculosis, actinomicosis, enfermedad inflamatoria intestinal (CUCI, CROHN), radioterapia pélvica y cuerpos extraños, entre otras.

TRATAMIENTO:

La curación espontánea de una fistula anal es muy rara. Su tratamiento es quirúrgico por medio de la fistulotomía y la fistulectomía^(2,3).

La fistulotomía consiste en identificar el trayecto fistuloso con el estilete; ésto se logra pasándolo sutilmente por el orificio fistuloso secundario hasta salir en la cripta correspondiente o al orificio fistuloso primario. Posteriormente se procede a cortar sobre el estilete todo el trayecto fistuloso. Se realiza curetaje del lecho de la fistula con el bisturí frío y se deja la herida abierta para que cicatrice por 2ª intención. Algunos autores recomiendan la marsupialización de los bordes de la herida^(2,3).

En la fistulectomía se reseca en su totalidad el trayecto fistuloso^(2,3).

Los objetivos fundamentales del tratamiento de las fistula anal son:

- a) Curarla.
- b) Preservar la función de continencia anal.
- c) Minimizar los defectos de la cicatrización.
- d) Recuperación pronta del paciente.

Para conseguir estos objetivos, se deben seguir estos principios:

- a) Identificar correctamente ambos orificios fistulosos (primario y secundario).
- b) Localizar e identificar adecuadamente el o los trayectos fistulosos.
- c) Minimizar en lo posible la sección quirúrgica del aparato esfinteriano, sin que por ello se incremente el riesgo de recurrencia.
- d) Evitar deformidades de la piel perianal.

Existe otras técnicas como son la colocación de Seton, descrita inicialmente por Hipócrates. El principio de esta técnica se basa en la colocación de un cuerpo extraño en el trayecto fistuloso que promueve una reacción fibrosa, y con ello, en

una segunda cirugía, se evite la sección y la pérdida de la fuerza de contracción del aparato esfinteriano. Esta indicado en fistulas supraesfintéricas que comprometan el anillo anorrectal.

COMPLICACIONES:

Los resultados de la cirugía de la fistula anal son extremadamente difíciles de interpretar de la literatura. La mayoría de los estudios son retrospectivos y reflejan la preferencia del autor por algún manejo en particular. Generalmente los rangos de recurrencia varían de 4% a 10% siendo el descuido de no resear el orificio fistuloso interno la causa de la mayoría de las recurrencias^(2,3). En la experiencia del grupo de la Universidad de Minnesota, los factores asociados con la recurrencia incluyen tipo complejo de fistula, fistulas en herradura, error al identificar el orificio fistuloso interno, cirugía de fistula previa y la experiencia del cirujano⁽⁷⁾.

La otra complicación mayor de la cirugía de la fistula anal es la incontinencia anal. Se reporta entre un 10% a 50%⁽³⁾. De nuevo el grupo de Minnesota refiere un grado de incontinencia anal, parcial, postoperatoria mayor del 50% durante 4 a 6 semanas posterior a la cirugía⁽⁷⁾. La fisiología anorrectal y la continencia fueron estudiadas prospectivamente en 50 pacientes con afección anal en St. Mark's Hospital en Londres encontrando déficit funcional en 8 de 15 pacientes⁽⁸⁾. Bennett encontró en 114 pacientes que 12% presentaban control inadecuado de las heces, 16% con pobre control para gases, y 24% con frecuente manchado de su ropa interior⁽¹²⁾.

XIII. MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 8,818 expedientes clínicos de pacientes que consultaron por 1ª vez en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., del 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre del 2000. De ellos, 595 presentaron fístula anal. A todos los pacientes se les realizó historia clínica, exploración proctológica y en algunos casos estudios complementarios como el ultrasonido endoanal.

Se captaron las variables en hojas de recolección de datos en donde se incluye: edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, cuadro clínico, número de orificios fistulosos, localización y distancia del ano, tipo de fistula, manejo quirúrgico, complicaciones quirúrgicas y manejo de éstas.

XIV. RESULTADOS:

Se revisaron 8818 expedientes clínicos de pacientes que consultaron por primera vez en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., del 1° de enero de 1996 al 31 de diciembre del 2000. De ellos, 595 (6.75%) se le diagnosticó fístula anal (gráfica 1); 500 (84.03%) correspondieron al sexo masculino y 95 (15.97%) al sexo femenino (gráfica 2) con una incidencia anual de 119 pacientes.

La edad promedio global fue 35 años; para el sexo masculino de 37 años y para el sexo femenino de 24 años. Con un rango de edad de 17 a 80 años.

Las décadas de presentación más frecuente fueron la de 31 a 40 años con 197 pacientes (33.11%) y de 41 a 50 años con 140 pacientes (23.53%) (gráfica 3).

El tiempo de evolución de los síntomas posteriormente al drenaje del absceso anal fue de un rango de 7 días a 20 años. Siendo las presentaciones más frecuente de 1 a 6 meses con 227 pacientes (38.15%) y 2 años o más con 202 pacientes (33.95%) (gráfica 4).

De los 595 pacientes en 529 (88.91%) el orificio fistuloso secundario fue único, en 39 pacientes (6.55%) fueron dos orificios y en 27 pacientes (4.54%), tres o más orificios (gráfica 5).

La localización más común de los orificios fistulosos secundarios fue el lateral izquierdo en 142 pacientes (22.08%), seguido por el posterior en 133 (20.68%) pacientes (gráfica 6).

La distancia del orificio fistuloso secundario al ano con mayor presentación fue de 1.0 a 2.0 cm en 280 pacientes (47.06%), de 2.0 a 3.0 cm en 167 pacientes (28.07%) y en 148 pacientes (24.87%) de 3 o más cm (gráfica 7).

El tipo de fistula con mayor frecuencia fue la interesfintérica con 367 pacientes (61.68%), la transesfintérica con 149 pacientes (25.04%), y la supraesfintérica en 18 pacientes (3.03%), en herradura en 12 pacientes (2.01%) y en 49 pacientes no fueron clasificadas (8.24%) (gráfica 8).

La técnica más empleada fue la fistulectomía en 532 pacientes (89.41%) pacientes, en 53 pacientes (8.91%) se les practicó fistulotomía y en 10 pacientes (1.68%) se les colocó un seton. (gráfica 9).

El promedio de días de hospitalización fue de 2 en 548 (92.11%) pacientes; y con tres o más días en 47 (7.89%).

Se presentaron complicaciones postquirúrgicas en 25 pacientes (4.20%) (gráfica 10).

Las complicaciones tempranas se presentaron en 14 pacientes (2.35%). En 10 pacientes (1.68%) por retención urinaria; en 4 pacientes (0.67 %) con hemorragia postoperatoria, que requirieron hemostasia quirúrgica, bajo anestesia local en la cama del enfermo el mismo día de la cirugía. (gráfica 11).

Las complicaciones tardías se presentaron en 11 (1.34%) pacientes. De ellas, 4 pacientes presentaron incontinencia a gases, en 1 paciente con incontinencia a heces, y en 1 paciente más con incontinencia a gases y heces. En 2 pacientes formaron un seno anal y fue necesario su reintervención quirúrgica. En 3 pacientes la fistula anal recidivó y fue necesaria una segunda intervención quirúrgica (gráfica 12).

XV. CONCLUSIONES:

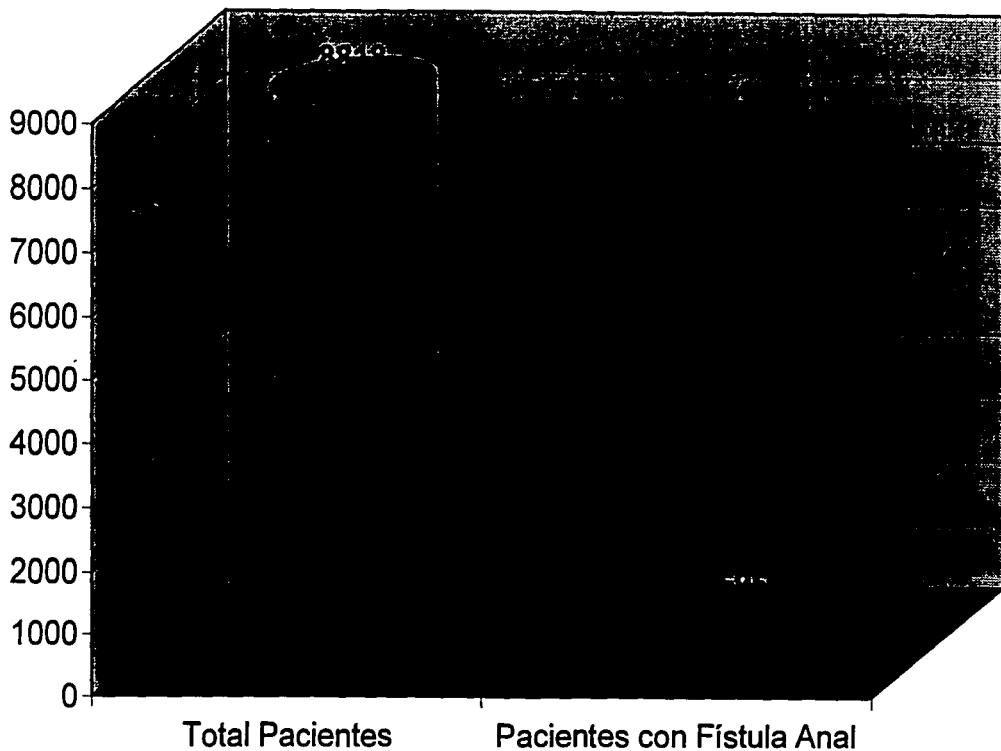
La fistula anal es un padecimiento frecuente en la consulta del Unidad de Coloproctología del Hospital General de México. Representa el 6.75% de los pacientes que acuden de primera vez. Es un padecimiento que afecta primordialmente al sexo masculino y con predominio de edad entre los 30 a 50 años.

El tiempo de evolución desde el momento de drenaje del absceso hasta el momento de solicitar consulta fue de 1 a 6 meses. El principal motivo de consulta fue la supuración intermitente de la fistula anal, lo cual es comparable con la Bliteratura mundial. En la mayoría de los pacientes se encontró orificio fistuloso secundario único, de predominio lateral izquierdo y con una distancia al ano entre 1 a 2 cm. A la mayoría de los pacientes se les realizó fistulectomía. Siendo la principal complicación postoperatoria la retención urinaria. Con respecto a la incontinencia esta tuvo una incidencia del 1% la cual es muy por debajo de la literatura mundial.

Por lo que consideramos que el tratamiento específico de la fistula anal es el quirúrgico con un rango de complicaciones bajas, con mejoría, recuperación postoperatoria y reactivación de la vida laboral de breve lapso.

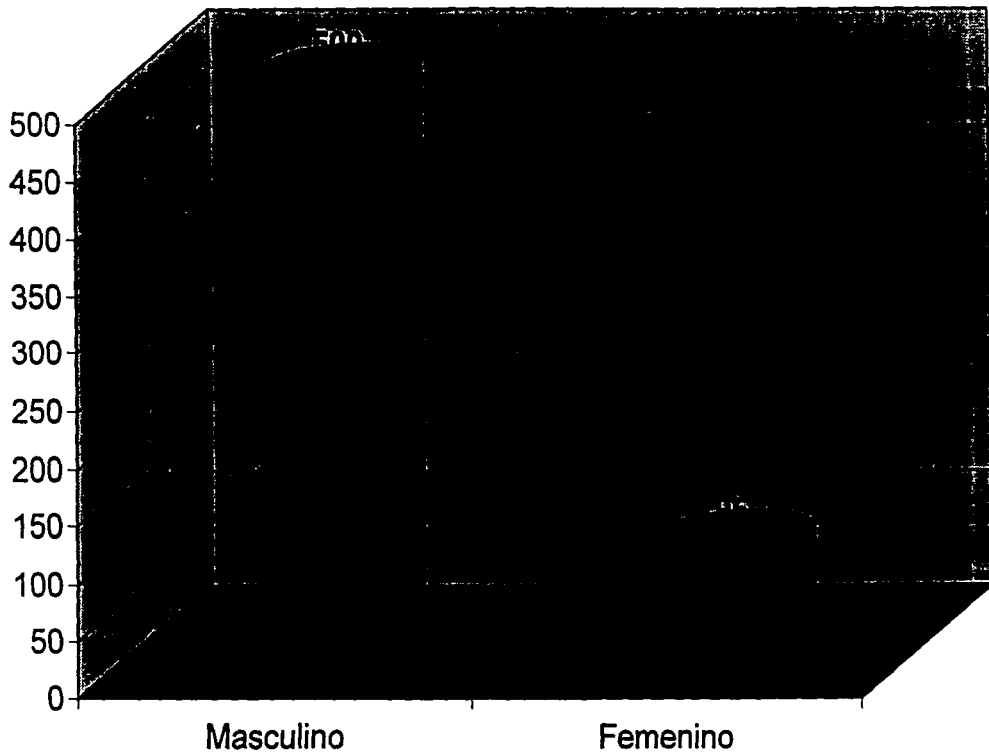
XVI. GRAFICAS

Número de Pacientes



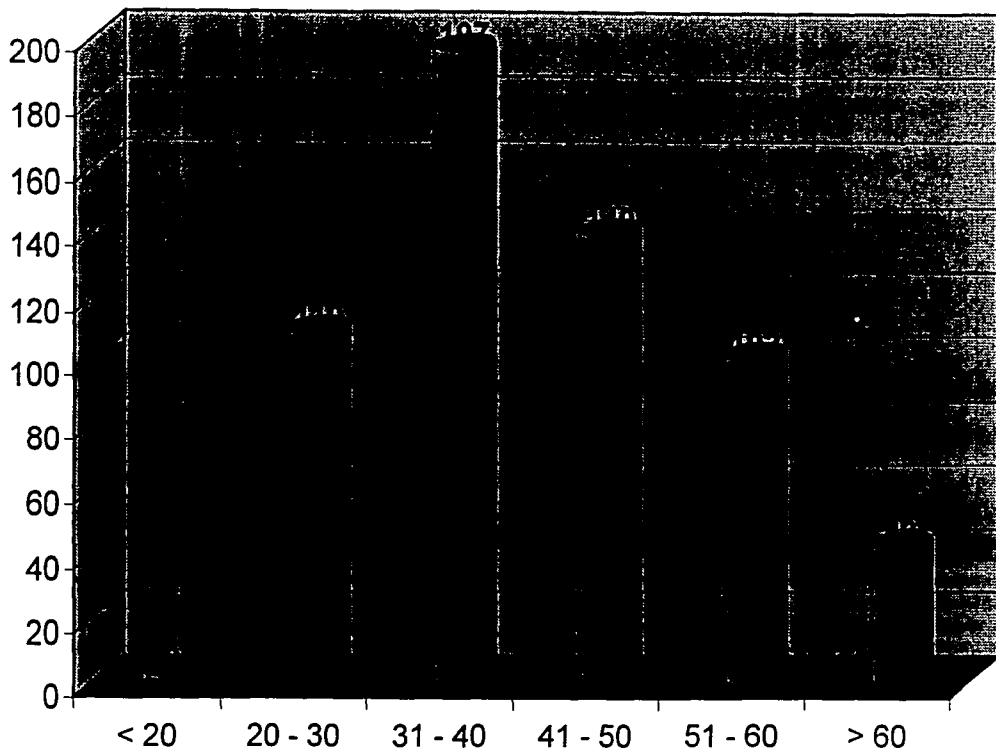
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sexo de los Pacientes



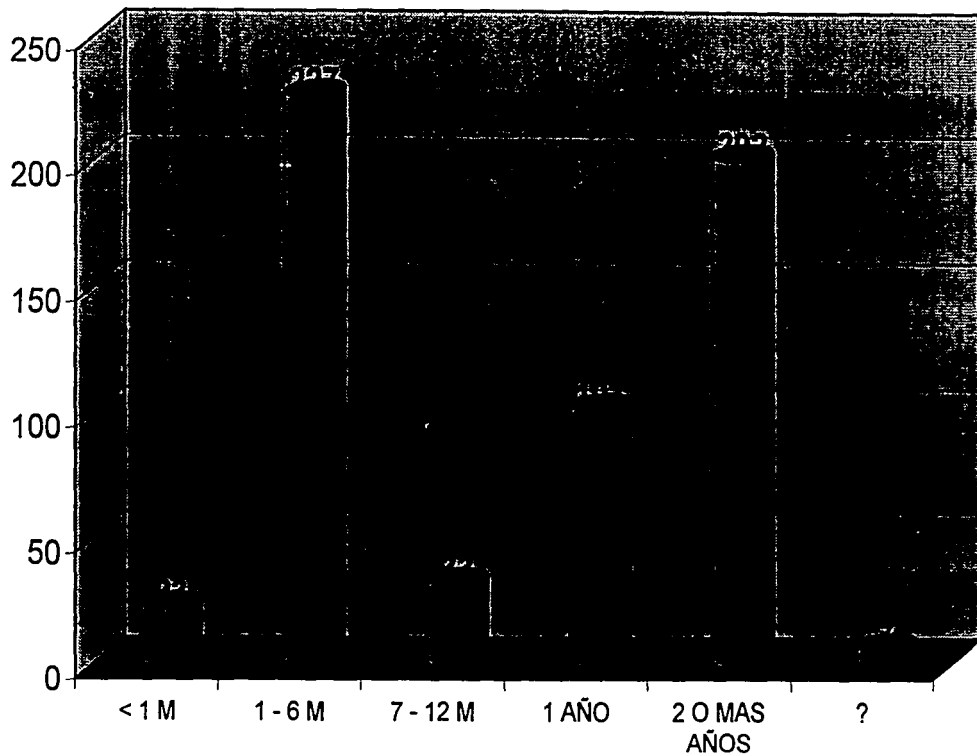
TESTS CON
VALIA DE ORIGEN

Edades de los Pacientes



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

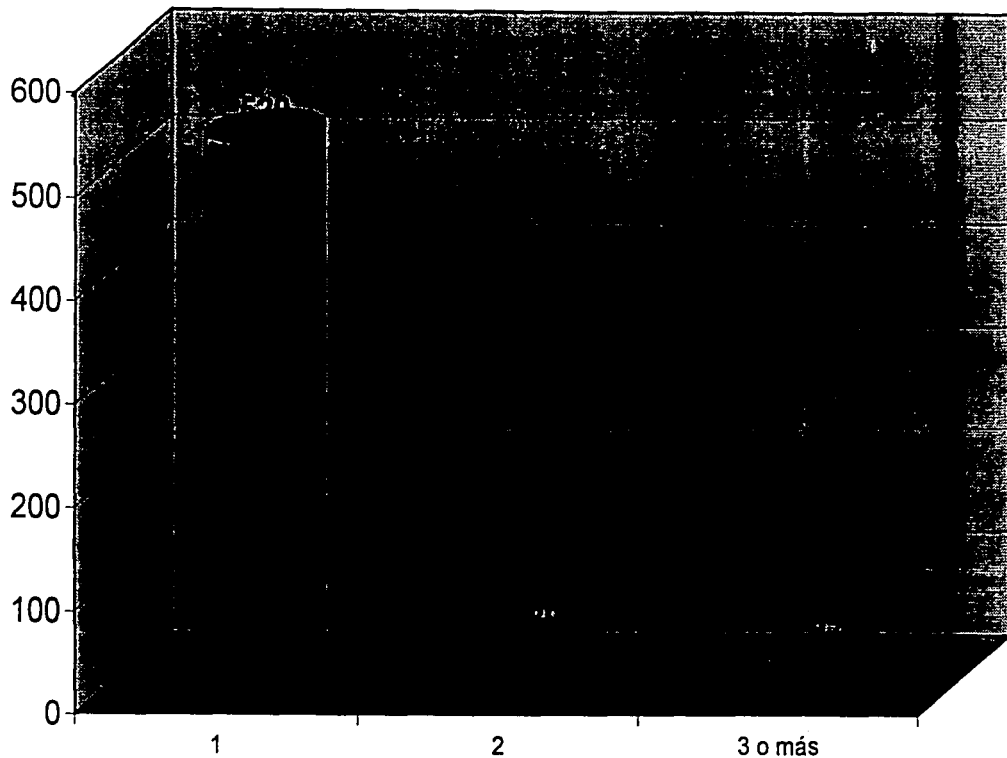
Tiempo de Evolución



TESTS CON
PALLA DE ORIGEN

38-84

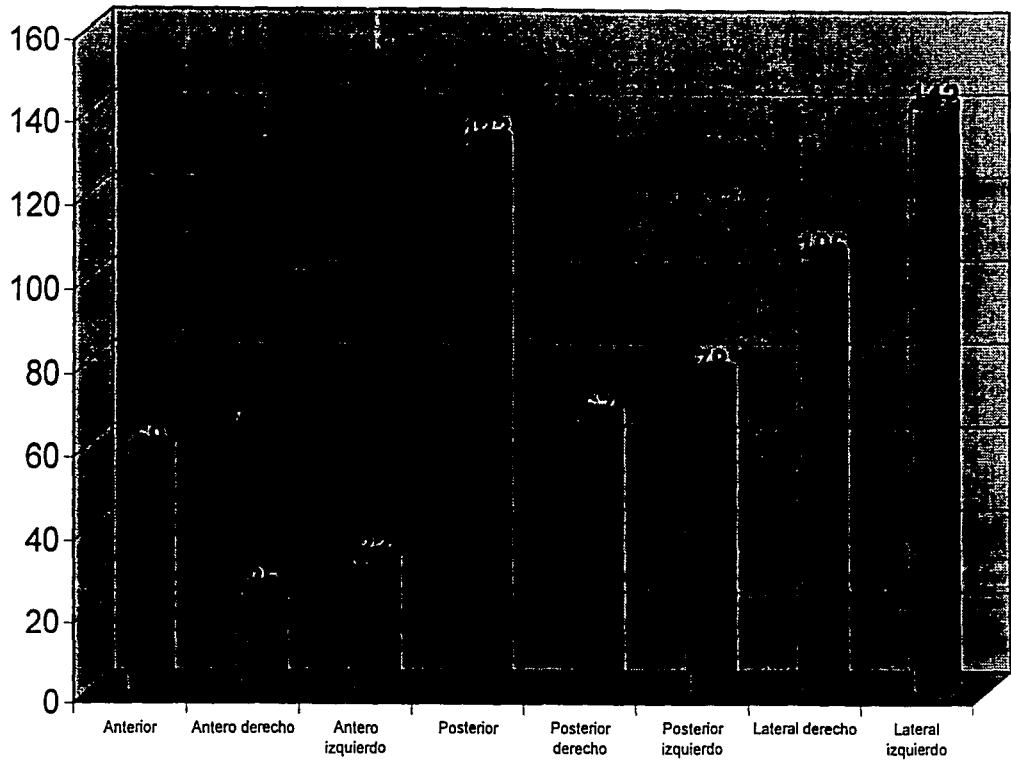
Número de Orificios



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

38-D

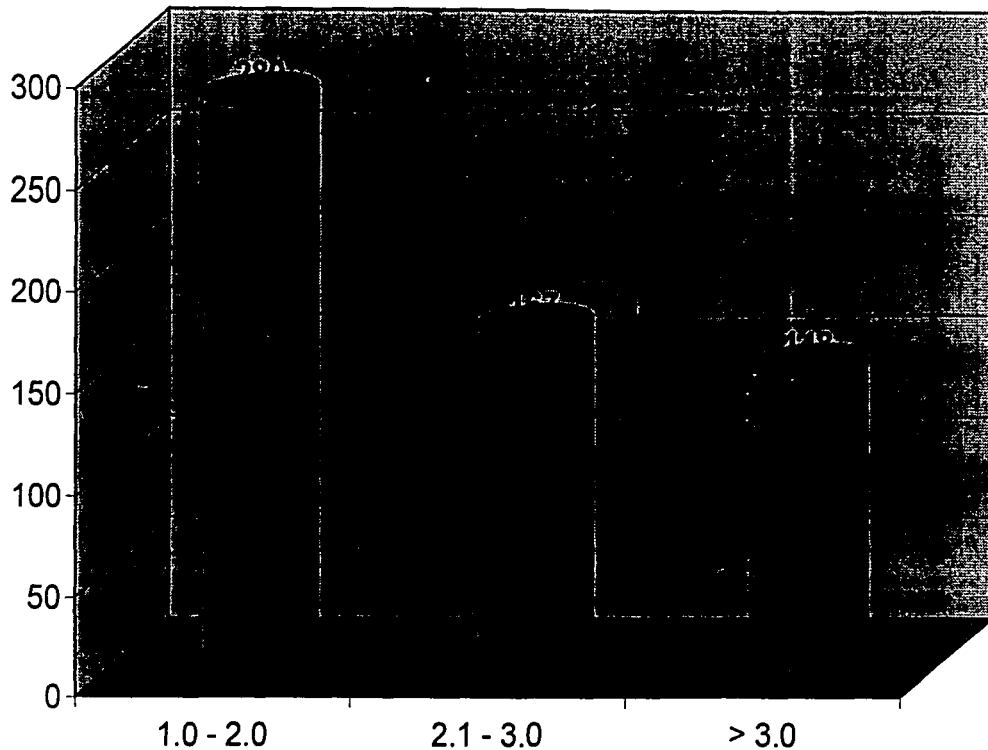
Localización de los Orificios



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

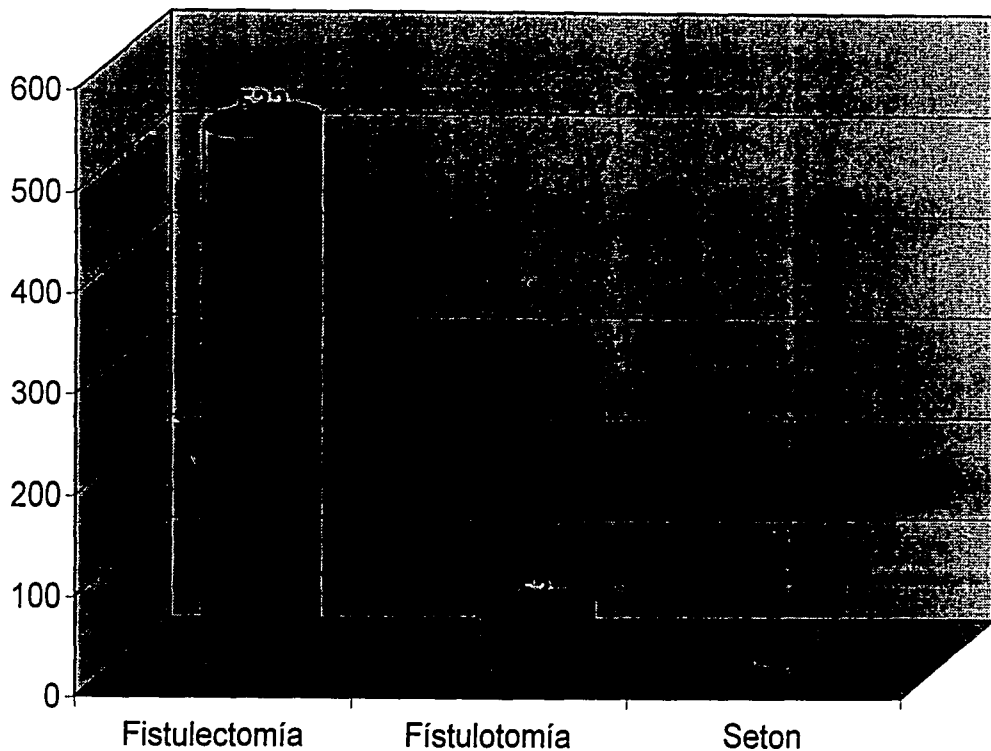
58-E

Distancia del Orificio Fistuloso



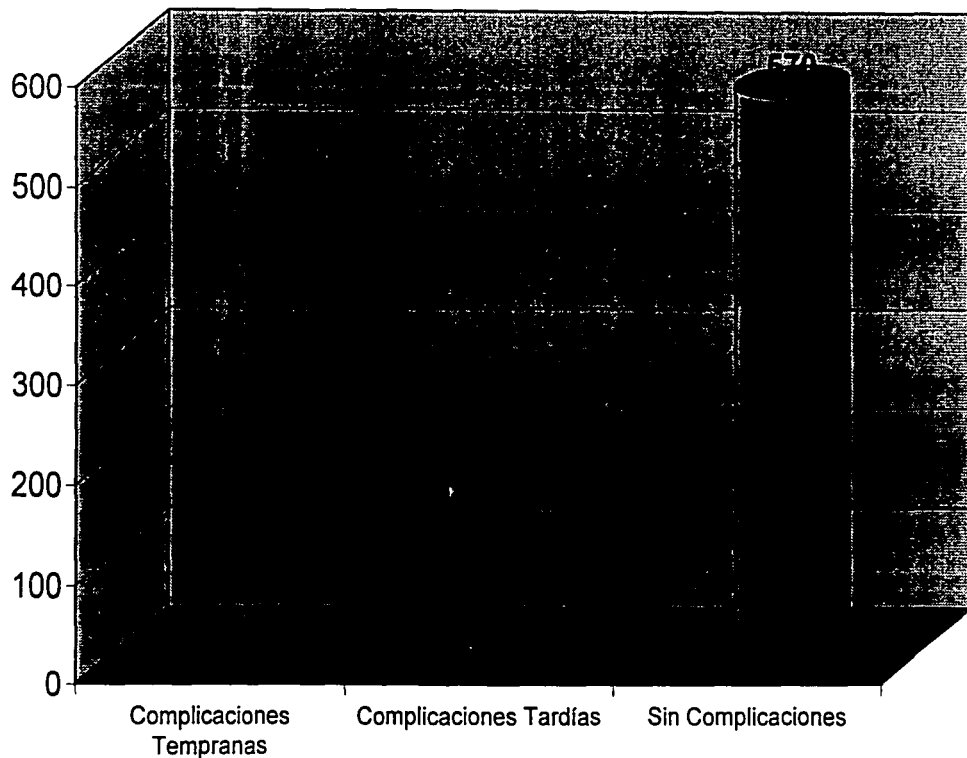
TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Tratamiento Quirúrgico



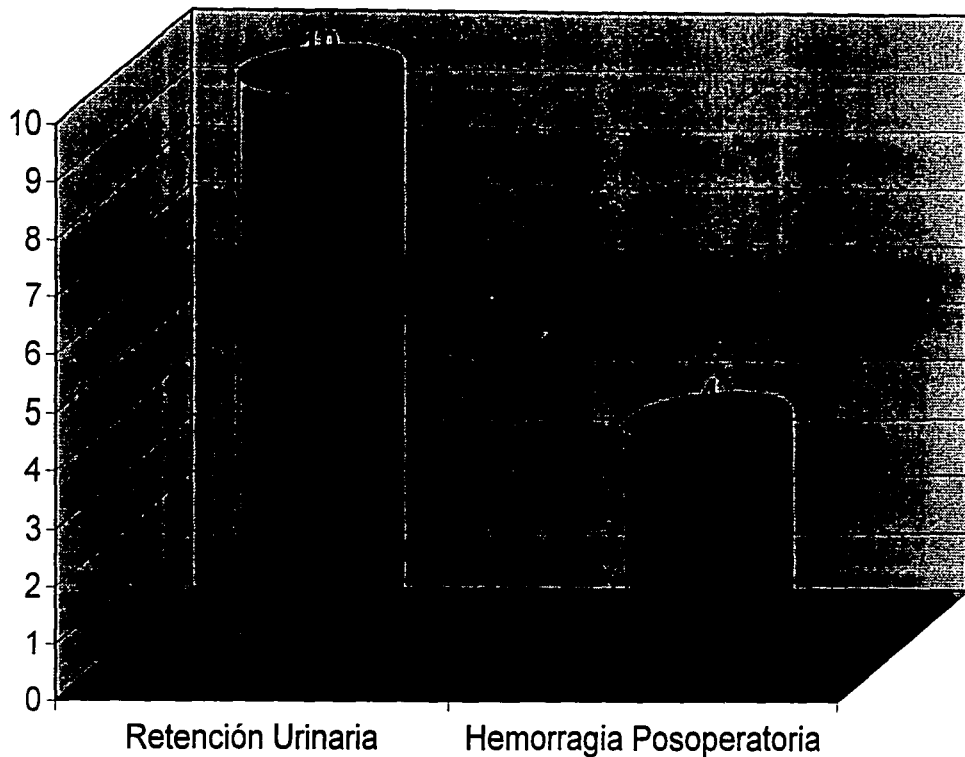
TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Complicaciones



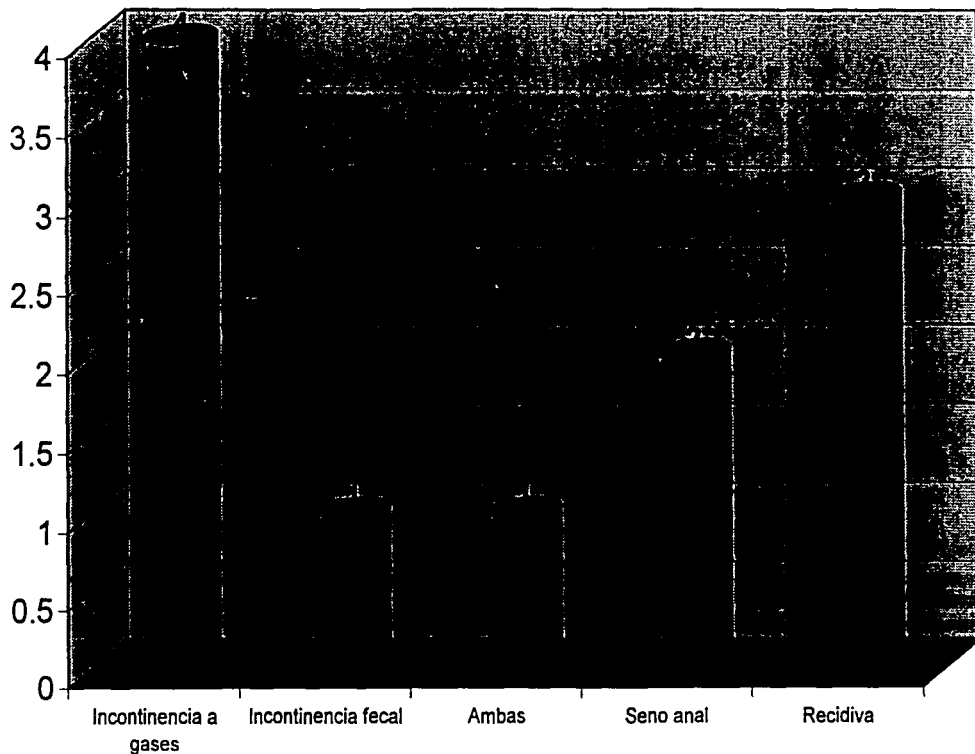
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Complicaciones Tempranas



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Complicaciones Tardías



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Tipo de Fístula



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

XVII. ANEXOS

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Hospital General de México, O. D.

Unidad de Coloproctología

Formato para obtención de datos de complicaciones postquirúrgicas de la fistula anal
(Anexo 1)

Nombre: _____

Folio:

--	--	--	--

Expediente: _____ Historia: _____

1- Fecha de consulta: Mes / Año.

2- Lugar de residencia:

- 1- D.F.
- 2- Estado de México.
- 3- Otro, especifique: _____

3- Género:

- 1- Masculino.
- 2- Femenino

4- Edad:

- 1- 21 a 30 años.
- 2- 31 a 40 años.
- 3- 41 a 50 años.
- 4- 51 a 60 años.
- 5- 61 a más años.

5- Escolaridad:

- 1- Sin escolaridad.
- 2- Primaria.
- 3- Secundaria.
- 4- Preparatoria.
- 5- Técnico.
- 6- Profesional.
- 7- Post - grado.

6- Ocupación:

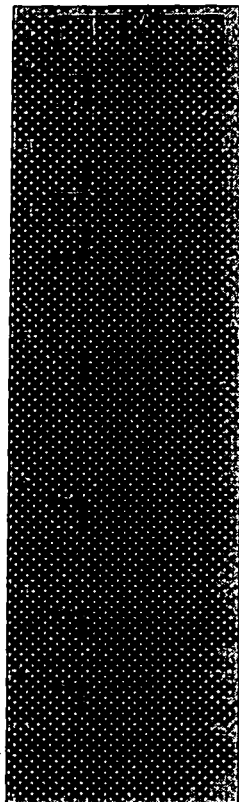
- 1- Desempleado/ jubilado.
- 2- Empleado.
- 3- Comerciante.
- 4- Profesionalista
- 5- Otro, especifique: _____

7- Médico a cargo:

- 1- Dr. Luis Charúa Guindic.
- 2- Dra. Teresita Navarrete Cruces.
- 3- Dra. Rosa Martha Osorio.

8- Antecedentes personales patológicos:

- 1- Diabetes Mellitus.
- 2- Hipertensión arterial
- 3- H.I.V.
- 4- Neoplasias, especifique: _____
- 5- Otro, especifique: _____



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9- Orificio fistuloso secundario:

- 1- Único.
- 2- Múltiple.
- 3- 3 o más.

10- Tiempo de aparición posterior al drenaje del absceso:

- 1- < de 1 mes.
- 2- 1 a 6 meses.
- 3- 7 a 12 meses.
- 4- > de 1 año.

11- Localización del o los orificios fistulosos secundarios:

- 1- Anterior.
- 2- Anterior derecho.
- 3- Anterior izquierdo.
- 4- Posterior.
- 5- Posterior derecho.
- 6- Posterior izquierdo.
- 7- Lateral derecho.
- 8- Lateral izquierdo.

12- Distancia del orificio fistuloso:

- 1- < 1 cm.
- 2- 1.1 a 1.5 cm.
- 3- 1.6 a 2 cm.
- 4- 2.1 a 2.5 cm.
- 5- 2.6 a 3 cm.
- 6- 3 cm o más.

13- Cuadro clínico:

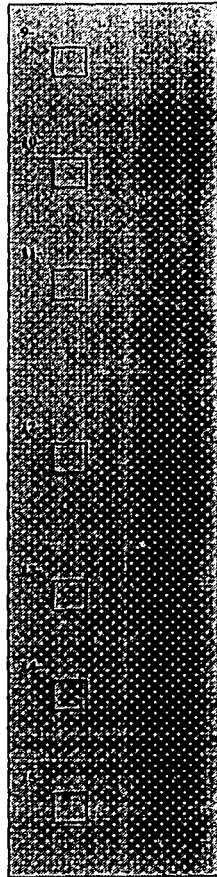
- 1- Asintomático.
- 2- Supuración diaria.
- 3- Intermitente.

14- Tipo de fistula:

- 1- Interesfintérica.
- 2- Transesfintérica.
- 3- Supraesfintérica.
- 4- Extraesfintérica.

15- Tipo de tratamiento quirúrgico:

- 1- Fistulotomía.
- 2- Fistulectomía.
- 3- Avance de colgajo.
- 4- SETON



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16- Complicaciones quirúrgicas tempranas:

- 1- Sí.
- 2- No.

17- Complicaciones quirúrgicas tempranas:

- 1- Retención urinaria.
- 2- Sangrado transanal.
- 3- Dolor anal.

18- Complicaciones quirúrgicas tardías:

- 1- Sí.
- 2- No.

19- Complicaciones quirúrgicas tardías:

- 1- Incontinencia.
- 2- Recidiva.

20- Incontinencia:

- 1- Transitoria.
- 2- Permanente.

21- Incontinencia:

- 1- Parcial.
- 2- Total.

22- Tratamiento de la incontinencia:

- 1- Médico.
- 2- Quirúrgico.

23- Tratamiento quirúrgico:

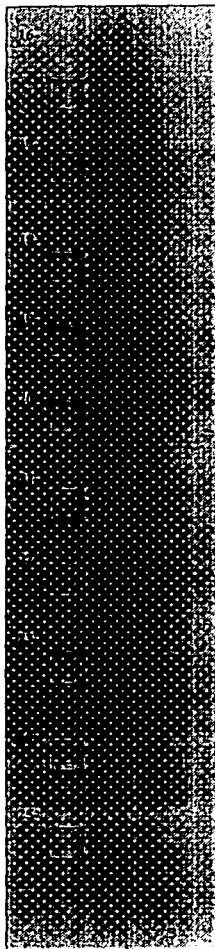
- 1- Reparación del esfínter anal.
- 2- Rotación de colgajo muscular.
- 3- Cerclaje anal.

24- Tipo de recidiva:

- 1- Seno anal.
- 2- Nuevo orificio fistuloso.

25- Tipo de tratamiento quirúrgico:

- 1- Destechamiento.
- 2- Fistulotomía.
- 3- Fistulectomía.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

XVIII. BIBLIOGRAFIA:

1. Avendaño O. Abscesos y fistulas. *Proctologia* 1968; 64 – 80.
2. Corman ML. Anal fistula. *Colon and rectal surgery* 1998; 238 – 271.
3. A.G. Parks. Pathogenesis and treatment of fistula in ano. *Br Med Jou* 1961; 18: 463 – 469.
4. Garcia-Aguilar J, Cynthia S. Patient satisfaction after surgical treatment for fistula in ano. *Dis Colon Rectum* 2000; 4(9): 1206 – 1212.
5. Jorge J, Wexner S. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36(1): 77 – 97.
6. Garcia-Aguilar J, Belmonte C, Wong D. Anal fistula surgery. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(7): 723 – 729.
7. Lunniss PJ, Kamm MA, Phillips RKS. Factors affecting continence after surgery for anal fistula. *Br J Surg* 1994; 81: 1382 – 1385.
8. Seow-Choen F, Nicholls RJ. Anal fistula. *Br J Surg* 1992; 79: 197 – 205.
9. Sailer M, Bussen D. Quality of life in patients with benign anorectal disorders. *Br J Surg* 1998; 85: 1716 – 9.
10. Wexner D. Practice parameters for treatment of fistula in ano supporting documentation. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(12): 1363 – 1371.