

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**FISTULA ANORRECTAL DE TRAYECTO LARGO CON ORIFICIO SECUNDARIO EN
MUSLO DERECHO. TRATAMIENTO CON LIGADURA DE TRAYECTO
INTERESFINTERIANO(LIFT) Y LIGADURA ESCALONADA.**

AUTOR: DANNY MANUEL MENDEZ CORNEJO

ASESOR: WALTER JEAN PEARRE CERVERA INOLOPU

Trujillo-Perú

2020

FISTULA ANORRECTAL DE TRAYECTO LARGO CON ORIFICIO SECUNDARIO EN MUSLO DERECHO. TRATAMIENTO CON LIGADURA DE TRAYECTO INTERESFINTERIANO (LIFT) Y LIGADURA ESCALONADA.

ANORRECTAL FISTULA OF LONG TRAVEL WITH SECONDARY HOLE IN THE RIGHT THIGH. TREATMENT WITH INTERESPHINTERIAL TRAJECT LIGATURE (LIFT) AND STEP LIGATION

Danny Méndez Cornejo ¹, Walter Jean Pearre Cervera Inolopú ².

¹Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego – Trujillo (Perú)

²Cirujano General y Laparoscópica del departamento de Cirugía en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo (Perú)

Objective: To present a case of a long path anorectal fistula (FAR) with intersphincteric path ligation (LIFT) and step ligation. **Materials and Methods:** The case of a 43-year-old male patient is presented, without any important medical history. previously presenting 2 abscesses, which were resolved. After a period of 3 years, I present redness in the posterior region of the right thigh, which with a fistulography confirms a long-distance fistula. **Results:** Intraoperatively, anorectal fistula is evident, close to the muscle and vascular vessels. Therefore, the Rojanasakul therapeutic principle of obliterating the primary orifice, performing an intersphincterine ligation (LIFT) with extrasphincteric fistulectomy is carried out. The surgery concluded with the closure of the exploratory incisions with inverted stitches. He is asymptomatic in 15 months of follow-up. **Discussion:** The intersphincteric ligation approach (LIFT) and step ligation should be considered as a management of choice due to the presentation of a complex fistula in its course. **Conclusion:** This report adds to the current evidence regarding the approach to avoid recurrence and fecal incontinence. **Key words:** Anal Fistula; Intersphincteric Ligation; Fecal Incontinence

Resumen

Objetivo: Presentar un caso de fistula anorrectal (FAR) de trayecto largo con ligadura de trayecto interesfinteriano (LIFT) y ligadura escalonada. **Materiales y Métodos:** Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 43 años, sin ningún antecedente médicos de importancia. Presento anteriormente 2 abscesos, que fueron resueltos. Después de un periodo de 3 años presento enrojecimiento en la región posterior del muslo derecho, que con una fistulografía se confirma una fistula de trayecto largo. **Resultados:** En el intraoperatorio se evidencia la fistula anorrectal. Por lo que se realiza el principio terapéutico de Rojanasakul de obliterar el orificio primario, realizar una ligadura interesfintérica (LIFT) con ligadura escalonada. La cirugía concluyó con cierre de las incisiones exploratorias con puntos invertidos. No sé ha evidenciado recurrencias ni complicaciones en 15 meses de seguimiento. **Discusión:** El abordaje de ligadura interesfinteriana (LIFT) y ligadura escalonada debe de ser considerado como un manejo alternativo en la presentación de una fistula compleja con este tipo de trayecto. **Conclusión:** Este reporte se suma a la evidencia actual en cuanto al abordaje evitando recurrencia e incontinencia fecal. **Palabras claves:** Fistula Anal; Ligadura Interesfinteriana; Incontinencia Fecal (fuente: DeCS BIREME).

INTRODUCCION:

El conducto anal es el segmento final del colon, situado a nivel de la inserción del musculo elevador del ano llegando hasta el borde anal. En su estructura, presenta dos tipos de músculos: esfínter interno y externo. El primero, compuesto por músculo liso, abarca el tercio superior del margen anal. Éste se contrae de forma involuntaria, siendo responsable del 85% del tono cuando se encuentra en reposo el canal anal. El esfínter externo, conformado por fibras de tipo estriado, toma forma de una banda ancha que va de un lado al otro y abarca 1/3 inferior del conducto anal. Se une con el musculo puborrectal y conforma el musculo elevador del ano, responsable del 15% del tono anal en reposo. Estos esfínteres no están unidos debido a la presencia de un espacio denominado interesfinteriano (que contiene grasa y musculo longitudinal) ⁽¹⁾. Las líneas de Hilton señalan el margen inferior del conducto anal. El ano cuenta con glándulas anales intramusculares en número de 4 – 10. En la zona de transición se encuentra las columnas de Morgani, acúmulo de células epiteliales de tipo cilíndricas y planas, en cuyo borde inferior se ubica un pequeño saco o cripta, los cuales pueden obstruirse y ocasionar la formación de un absceso (anorrectal) ⁽²⁾, es decir, la acumulación de material purulento en una región o espacio cercano al ano o al recto provocado por bacterias llamada enterobacterias⁽³⁾. Un absceso puede drenar su contenido a través de un orificio en la piel perianal o en la mucosa rectal, originando la formación de una fistula (anorrectal) (FAR). Las FAR está dado por un trayecto entre dos superficies de tipo epitelial, con un orificio fistuloso externo (OFE) normalmente a nivel de piel perianal, y otro orificio fistuloso interno (OFI) a nivel de la mucosa del canal anal. ⁽⁴⁾ Su prevalencia en Europa se estima de 8,6 a 10/100.000 al año, con predominio masculino (relación hombre/mujer de 1,8 a 1). El 95% son de origen criptoglandular. Los otros orígenes son por enfermedad de Crohn, trauma, cirugía previa y patología tumoral. ⁽⁵⁾ Se presentan con dolor, inflamación y drenaje purulento. Los factores de riesgo para esta patología son: sexo masculino, obesidad y tabaquismo. Las fistulas se clasifican en simples y complejas. ⁽⁶⁾, y para ello se utiliza la clasificación de Parks (1979) de 4 tipos: interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas. Las fistulas complejas no fueron incluidas en la clasificación de Parks. Éstas incluyen: transesfintéricas altas, supraesfintéricas, extraesfintéricas, recurrentes, en herradura, con tractos múltiples y la que se presenta en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y/o radiación ⁽⁷⁾.

Los parámetros claves en el tratamiento son: eliminar la sepsis, cerrar el trayecto fistuloso, evitar su recurrencia e impedir la incontinencia fecal (de lejos, lo más importante). Un procedimiento que preserva el esfínter anal en el tratamiento de fístulas complejas es la ligadura del trayecto interesfintérico (LIFT por sus siglas en inglés), descrita por Rojanasakul en el año 2007, para el tratamiento de las fístulas transesfintéricas altas ⁽⁸⁾. Él propone el cierre del OFI evitando que el contenido fecal ingrese en el trayecto de la fístula y la ligadura del trayecto interesfintérico, eliminando el foco séptico. Las contraindicaciones son: abscesos anorrectales

asociados al trayecto, enfermedad inflamatoria intestinal activa y fístulas relacionadas a malignidad. Su tasa de éxito que va del 47 al 95% (1,5,9,10).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

El presente caso corresponde a un paciente varón de 43 años, trabajador minero, sin antecedentes médicos de importancia. En Marzo del 2016, presenta primer ingreso a emergencia por cuadro de absceso anal a horas 7, siendo sometido a drenaje de absceso y posterior terapia antibiótica correspondiente, siendo dado de alta a las 24 horas post cirugía y control ambulatorio posterior al mes con evolución favorable. Un año después, en mayo del 2017, reingresa a emergencia por cuadro similar en idéntica localización, siendo sometido igualmente a drenaje de absceso y cobertura antibiótica, y alta hospitalaria a las 24 hrs. No pasó controles posteriores. Sin embargo, en enero del 2019 (dos años después, acude a Consulta externa de Cirugía General refiriendo que un mes antes presentó sensación de incomodidad inicialmente en muslo derecho (cara posterior) y posteriormente enrojecimiento y tumefacción en tercio inferior de muslo, con salida espontánea de contenido purulento los primeros días, para finalmente evidenciar días antes de la consulta, salida de contenido fecaloideo a través de orificio al momento de defecar.

HALLAZGOS CLÍNICOS:

Al realizar la exploración anorrectal, se pudo evidenciar en piel perianal cicatriz antigua de procedimientos mencionados; sin embargo, no se observa orificio de salida cercano a margen anal (lo clásico). Este supuesto orificio se encontraba como se evidencia en la (Figura 1) a nivel de tercio inferior de cara posterior de muslo derecho, comprobándose lo mencionado por el paciente, alrededor del orificio restos de contenido fecal.

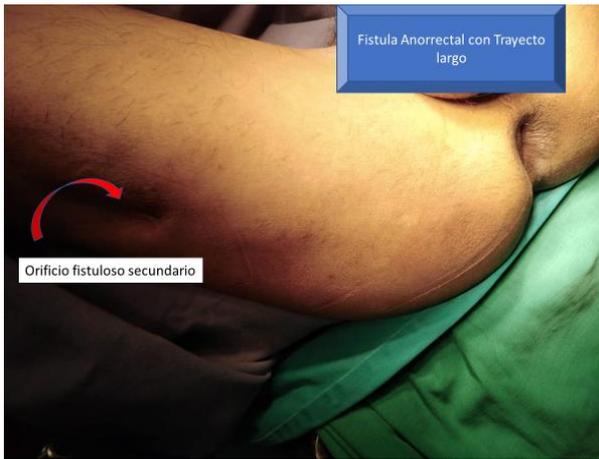


Figura 1. Paciente en litotomía, se evidencia señalado por la flecha roja, orificio de salida a nivel de cara posterior del muslo, aproximadamente a 30 cm de margen anal.

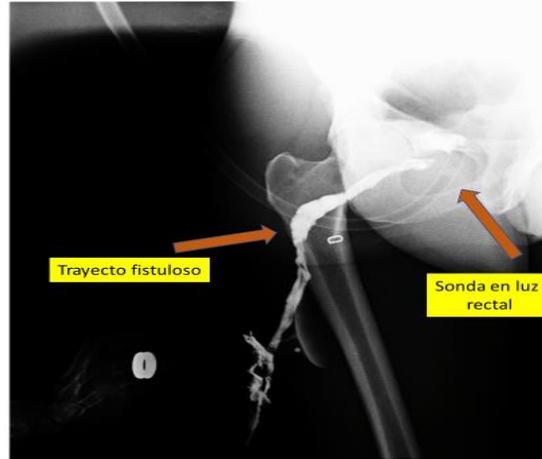


Figura 2. Fistulografía anal en incidencia Oblicua Izquierda, que muestra trayecto irregular ascendente sin colaterales.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA:

Ante lo inusual de la presentación, pero a la vez, la alta sospecha clínica de fístula anorrectal, se solicitó estudio contrastado del trayecto fistuloso (Fistulografía anal), cuyo resultado se evidencia en la (Figura 2 – 3) y en la (Tabla 1) el informe de la fistulografía, así como exámenes pre quirúrgicos realizados el 15 de febrero 2019:

EXAMENES PRE QUIRURGICOS

- Grupo y Factor Rh (O +)
- Glucosa: 90 mg/dl
- Urea: 27mg/dl
- Creatinina: 0.7 mg/dl
- Hemoglobina: 16.4 gr/dl
- Plaquetas: 234 000/UL
- Leucocitos: 4120/UL

Riesgo quirúrgico: Goldman I/IV

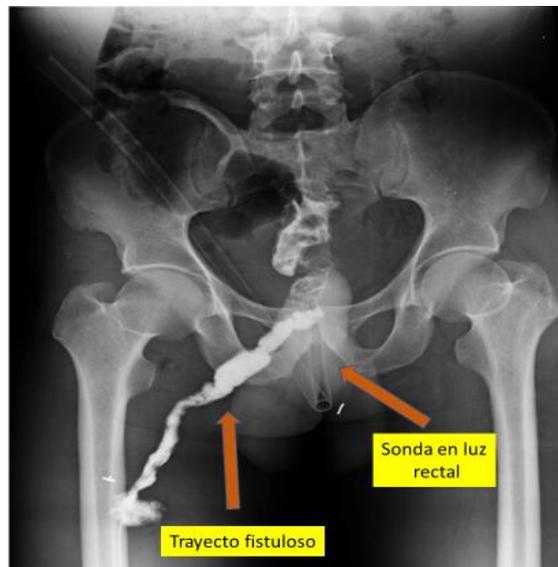


Figura 3. Fistulografía anal con incidencia frontal, que muestra trayecto irregular ascendente sin colaterales, con terminación sacular de 20 x 13.5 mm en su tercio cefálico (a 11mm de sonda rectal), evidenciándose contraste en recto.

Tabla 1. Informe de Fistulografía anal.

Con todos los hallazgos evidenciados, el diagnóstico de Fistula Anorrectal estaba confirmado, a pesar de lo atípica de la presentación. Pudiendo inclusive, incluirla en el diagnóstico de FAR compleja por la dificultad que comportaba el manejo del trayecto en la cirugía, ante la posibilidad de ocasionar lesiones músculo-ligamentarias y/o vasculares, además de la temida incontinencia por lesión esfinteriana.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Paciente es sometido a cirugía a fines del mes de marzo del 2019. Se plantea por la presentación del trayecto y basándonos en el principio terapéutico de Rojanasakul de obliterar el orificio primario, realizar una Ligadura interesfintérica (LIFT, teniendo en cuenta que el orificio primario se encuentra en el recto) con fistulectomía extraesfinteriana de segmento proximal a margen anal y 2 secciones escalonadas del trayecto. Esto último consistió en realizar 2 pequeñas incisiones perpendiculares al trayecto de 2 – 3 cm aproximadamente, la primera a 5 cm y la segunda a 20 cm de margen anal, con una distancia entre ellas de 15 cm (aproximadamente la longitud de la guía metálica o estilete que disponemos en nuestro servicio) a través de las cuales se realiza exploración hasta alcanzar el trayecto fistuloso, el cual se calzaba con una pinza Crawford por medio de la cual se pasaban 2 hilos de seda negra 2/0 que se ligaban por separado a una distancia de 1 a 1.5 cm aproximadamente (lo que permitía la apertura exploratoria) y posterior sección del trayecto entre los cabos anudados de estos hilos. Para ello, nos basamos en el mismo principio de la técnica Lift de obliterar los orificios cercanos al conducto anorrectal, así como en la teoría de la granulación o fibrosis interna del conducto de la fístula cuando ésta se desfuncionaliza. Se puede evidenciar lo manifestado en las (figuras 4 y 5).

La cirugía concluyó con cierre de las incisiones exploratorias con puntos invertidos de Vycril 3/0, así como remodelación de orificio secundario (exéresis de bordes fibróticos y afrontamiento con puntos invertidos de Vycril 3/0), colocándose un apósito untado con antibiótico tópico en zona de fistulectomía extraesfinteriana.

Fistulografía Anal (03/Marzo/2019)

“Se realiza asepsia y antisepsia de región posterior de muslo derecho, tercio inferior. Se procede a colocar sonda rectal. Se ubica orificio fistuloso en región posterior del muslo derecho. Se coloca marcador metálico paralelo al orificio fistuloso. Se procede a canalizar el orificio fistuloso y se inyecta sustancia de contraste en 15cc, observándose en incidencia oblicua izquierda trayecto irregular, ascendente, sin colaterales de aprox. 20 cm de longitud y hasta 16mm de grosor, con terminación sacular de 20 x 13.5 mm en su tercio cefálico (a 11mm de sonda rectal) evidenciándose contraste en recto”
CC: Fístula crónica con trayecto perianal femoro cutáneo hacia el miembro inferior derecho posterior. No hay abscesos en región isquiorectal.

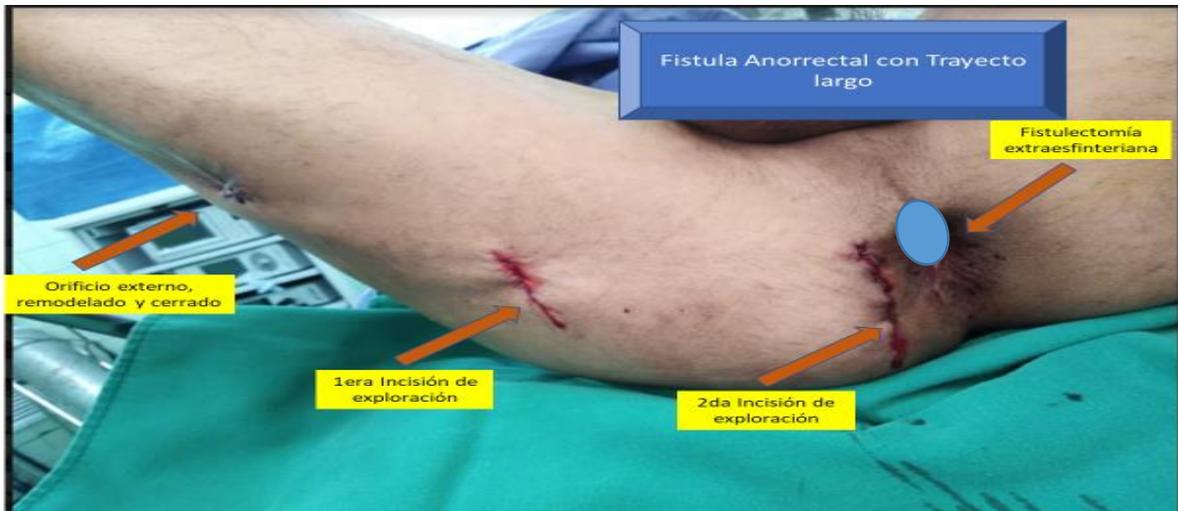


Figura 4. Estado final de la cirugía, mostrando Fistulectomía extraesfinteriana, las 02 incisiones de exploración y remodelación de orificio externo.



Figura 5. Estado final de la cirugía, mostrando la 1era incisión de exploración y remodelación de orificio externo.

Paciente tolera procedimiento, presentando poco dolor en el postoperatorio inmediato, sin dificultad para poder realizar deposiciones, y siendo dado de alta a las 24 horas para continuar controles postoperatorios de forma ambulatoria. Con esta técnica quirúrgica hemos tratado de abarcar 3 objetivos importantes:

1. Prevenir lesión esfinteriana y aparición de incontinencia fecal.
2. Desfuncionalizar trayecto fistuloso para prevenir recidiva.
3. Evitar lesiones deformantes de glúteo y muslo, con agradable aspecto estético y poco dolor.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

El tiempo de seguimiento del presente caso ha sido 15 meses, y se dividió en 2 períodos: Corto plazo (los primeros 30 días posteriores a la cirugía) y largo plazo. En la primera etapa, buscamos evaluar las complicaciones comunes a todo tipo de intervención perianal: dolor, capacidad para deambulación precoz y reincorporación temprana a sus labores, infecciones y/o abscesos, e incontinencia fecal. Paciente inició deambulación entre las 6 y 8 horas post cirugía, con mínimo dolor, tolerando alimentación y con molestias mínimas al defecar. Se le otorgó licencia laboral por 15 (quince días), luego del cual, se reincorporó a sus labores en mina sin ningún inconveniente. No se registraron datos de infecciones y mucho menos se evidenció algún grado de incontinencia fecal.

A largo plazo, se trató de identificar 02 situaciones esperables de esta cirugía, como son la incontinencia fecal de grado variables y la recidiva. Hasta el momento de reporte del caso, no se obtuvo datos sugerentes de estas complicaciones.

Discusión:

Es preciso conocer la presentación de la FAR para definir su abordaje terapéutico. Según la clasificación de Parks existen 4 tipos de FAR siendo la fistula interesfinteriana la más frecuente en un 70% debido a un absceso perianal. Seguido de la fistula transesfinteriana en un 23% producidos por abscesos isquiorrectales.

El reporte de caso nos presenta a un paciente de sexo masculino, que al realizar el examen físico no se observa orificio de salida cercano al margen anal. Este orificio se presentaba en el tercio inferior de la cara posterior del muslo derecho con contenido fecaloide.

La FAR en este reporte de caso tiene una inusual forma de presentación debido a su trayecto, que llega hasta la región posterior del muslo derecho. La fistulografía con contraste que se realizó en el caso concluyó una FAR compleja con trayecto largo sin comunicación colateral.

Cabe anotar que tanto la técnica quirúrgica LIFT y colgajo endorrectal de avance (CERA), son unas de las herramientas terapéuticas validas indicadas en pacientes que cursan con FAR compleja. Estudios previos de tipo sistemática y meta análisis de estas dos técnicas, obtuvo como resultado que la CERA tiene una mayor tasa de incontinencia fecal. La técnica LIFT constituye una muy buena alternativa atractiva para el tratamiento quirúrgico de la fistula anorrectal compleja. Teniendo una tasa de éxito mayor a 90%. Tiene como principio tratar la fistula y su origen, sin comprometer el aparato esfinteriano.

La literatura menciona que la técnica LIFT descrita por **Rojanasakul** (consiste en identificación del trayecto fistuloso, ligadura del trayecto, remoción de la fistula, curetaje del OFE y preservar el esfínter anal). Fue una de las técnicas utilizadas en este caso para abordar la FAR, con fistulectomía extraesfinteriana además utilizamos un abordaje de forma escalonado para poder lograr ligar el trayecto de la fistula, teniendo conocimiento lo inusual de la presentación, para así poder evitar daño vascular, darle un mejor aspecto estético y reducir la mayor incidencia que es la incontinencia fecal. Además, nos basamos en el mismo principio de la técnica LIFT de obliterar los orificios cercanos al conducto anorrectal, así como en la teoría de la granulación o fibrosis interna del conducto de la fístula cuando ésta se desfuncionaliza.

El tamaño y la extensión de la FAR han sido uno de los principales criterios quirúrgicos. Si bien es cierto mencionar que se han reportado casos de FAR complejas, este tipo de caso según su trayecto de presentación ha sido de forma inusual. Presentando un trayecto de 30 cm aproximadamente, sin comunicación colateral por lo que justifica la realización de una ligadura interesfinteriana (LIFT) y ligadura escalonada.

El impacto sobre la incontinencia en este caso es nulo por lo que representa un punto importante de la técnica realizada para tratar fístula anorrectal complejas de trayecto largo.

Otras ventajas del procedimiento son: bajo dolor postoperatorio, rápida reinserción laboral a diferencia de otras técnicas.

Analizando el resultado, teniendo como objetivo principal el cierre de la FAR, utilizando solo el procedimiento LIFT demuestra un cierre del 77% y si consideramos el cierre escalonado que se realizó tenemos el 95% de cierre sin alteración de la continencia esfinteriana, lo cual convierte la técnica en una alternativa válida y recomendada en algunos casos específicos de fistula compleja.

Lo que pone de manifiesto que la elección de realizar esta técnica es muy favorable para el paciente por lo que debería de considerarse como una técnica alterna en la presentación de FAR de trayecto largo.

Concluyendo, el abordaje terapéutico de las FAR complejas de trayecto largo debe basarse en los hallazgos imagenológicos como es la fistulografía. Se optó por la técnica LIFT y ligadura escalonada en caso de FAR compleja de trayecto largo como técnica segura en paciente estable teniendo en cuenta el tipo de complejidad.

Conclusión:

Podemos decir que el procedimiento LIFT y ligadura escalonada es una alternativa segura reproducible y con buenos resultados para la reparación de fistula anorrectal compleja de trayecto largo. Presentando un cierre aceptable y sin alteración de la continencia.

Conflictos de interés

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jarquín-Vásquez D, Navarrete-Cruces T, Jiménez-Bobadilla B, Bolaños-Badillo LE. Fístula anal, experiencia de 5 años en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México. *Cir Gen.* 2014;36(4):218-224.
2. Bubbers EJ, Cologne KG. Management of Complex Anal Fistulas. *Clin Colon Rectal Surg* 2016;29:43–49.
3. Rodríguez-Wong U. Abscesos y fístulas anorrectales. *Rev Hosp Jua Mex* 2013; 80(4): 243-247.
4. Domínguez A, Pitrella A, Noceti M. Fístulas perianales: caracterización con resonancia magnética. *Rev Argent Radiol.* 2017;81(2):129---134.
5. Konan A, Onur MR, Özmen MN. The contribution of preoperative MRI to the surgical management of anal fistulas. *Diagn Interv Radiol* 2018; 24.
6. Turiño Luque JD, Pérez Reyes M, Cabelo Burgos AJ, Rivas Becerra J, Bayón Muñoz AÁ, Martínez Ferriz A, et al. Manejo de la fístula perianal en régimen de cirugía mayor ambulatoria. *Cir Andal.* 2019;30(1):141-45.
7. Wen K, Gu, YF, Sun XL, Wang XP, Yan S, He ZQ, ZHEN SG. Long-term outcomes of ligation of intersphincteric fistula tract for complex fistula-in-ano: modified operative procedure experience. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2018;31(4):e1404.
8. Garg P. A new understanding of the principles in the management of complex anal fistula. *Medical Hypotheses* 132 (2019) 109329.
9. Alejandro Readí V., Roberto Salas O. Manejo de la fístula anorrectal compleja LIFT, colgajo de avance y otras técnicas. *Rev. cir.* 2020;72(3):250-256.
10. Luján-Mendoza KI, Güemes-Quinto A, Cosme-Reyes C. Ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso como tratamiento de fístula anorrectal compleja. *Cir Gen.* 2020; 42(1): 13-18.