

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: FISTULA ANORECTAL	CÓDIGO: CI-COLO-GM-05
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		Página 1 de 8

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Brindar los parámetros e indicaciones correctas para el manejo de pacientes que consultan al Hospital Militar central con fistula perianal, con el fin de tener una adecuada evaluación y orientación en el manejo dependiendo de la clasificación de la fistula, para así disminuir la tasa de recidiva y de complicaciones como incontinencia fecal.

2. METODOLOGIA

La presente guía se baso en el consenso médico del Hospital Militar Central, consultas bibliográficas con otras Instituciones, así como con la Secretaría de Salud para la actualización de las guías existentes en el Hospital Militar Central.

3. ALCANCE

Definición, epidemiología, patogénesis, características clínicas y parámetros prácticos para el tratamiento de la fistula anal.

4. POBLACION OBJETO

Público en general que presente esta patología.

5. RECOMENDACIONES

FISTULA ANAL

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA DISPONIBLE	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado aleatorio.
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.

GUIA DE MANEJO	FISTULA ANORECTAL	CODIGO	CI-COLO-GM-05	VERSION	01
		Página:	2 de 8		

5. RECOMENDACIONES

I Ib	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental, bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

DEFINICIÓN

Las fistulas son la comunicación anormal entre dos superficies epiteliales. Específicamente las fistulas perianales son la comunicación anormal entre una cripta glandular anal y la piel anal. Toda fistula perianal tiene tres componentes: 1. Orificio interno o primario a nivel de las criptas glandulares en la línea pectínea, excepto las fistulas extraesfintericas que pueden tener su orificio primario a nivel del recto. 2. Orificio externo o secundario que queda en la piel perianal a diferentes distancias del borde anal. Y un tercer componente de la fistula que es el trayecto fistuloso que puede ser radial o curvilíneo, los trayectos radiales generalmente son de fistulas de cuadrantes anteriores y el trayecto curvilíneo de los cuadrantes posteriores (Ley de Sadmon y Goodsall). El trayecto fistuloso también se puede clasificar de acuerdo a la clasificación de Parks (1976) que tiene como referencia el mecanismo esfinteriano, que se subdivide en: a) Interesfintericas b) Trasesfintericas altas (compromete > 50% esfínter externo) y trasesfintericas bajas (compromete < 50% del esfínter externo), c) Supraesfintericas y d) Extraesfintericas. Hay un tipo de fistula que no se incluye en esta clasificación pero que es frecuente, es la fistula submucosa o subcutánea. Las fistulas por lo general son la secuela de un absceso perianal y en muy raros casos es una entidad congénita.

EPIDEMIOLOGIA

La verdadera prevalencia de fistula anal es desconocida. Posterior a un absceso perianal puede quedar como secuela una fistula perianal hasta en el 50 % de los casos, este curso natural de la enfermedad debe ser informado al paciente. La incidencia de una fistula anal que se desarrolla de un absceso anal está en el rango de 50-60 %. La edad promedio de presentación del absceso y la fistula son los 40 años, se presenta 2 veces más

GUIA DE MANEJO	FISTULA ANORECTAL	CODIGO	CI-COLO-GM-05	VERSION	01
		Página:	3 de 8		

5. RECOMENDACIONES

comúnmente en el hombre respecto a la mujer.

ETIOLOGIA

La causa más común de fistula anorectal es el absceso anal.

Otras causas incluyen:

- Enfermedad de Crohn: Se acompaña con dolor abdominal y diarrea
- Linfogranuloma venéreo: Puede causar masas perirectales inflamatorias
- Proctitis por radiación: Pacientes sometidos a radiación pélvica pueden cursar con sangrado, dolor rectal y fistulas
- Cuerpos extraños rectales: Es una causa rara y se produce por laceración.
- Actinomicosis: Es una condición rara que puede causar una fistula simple anal o una masa perirectal inflamada en individuos inmunocomprometidos.

PATOGENESIS

La mayoría de las fistulas anorectales se originan de una cripta anal infectada. Hay típicamente entre 8 y 10 glándulas anales, organizadas circunferencialmente en el canal anal al nivel de la línea dentada. Las glándulas penetran el esfínter interno y terminan en el plano inter esfintérico. Una fistula anal es la conexión entre dos estructuras epiteliales y conecta el orificio glandular de la cripta anal a la piel perianal. Ocasionalmente un trayecto fistuloso puede estar comunicado con bolsillos purulentos supraelevadores o pelvirectales, bolsillos purulentos en la fosa isquirectal, los cuales deberían ser drenados y cicatrizados con seton de drenaje antes de una cirugía definitiva. No hay un modelo para predecir si un absceso se convertirá en fistula.

MANIFESTACIONES CLINICAS

-Usualmente se presentan como un orificio secundario granulomatoso en la piel perianal crónico, con una secreción seropurulenta, poco dolorosa, o muy dolorosa cuando se asocia a los bolsillos purulentos o abscesos crónicos recidivantes. Esta humedad anal puede producir mal olor o prurito en la piel perianal.

-El orificio externo y el trayecto fistuloso puede ser palpado como una induración o un cordón fibroso por manos expertas.

-Las fistulas pueden ser exploradas cuidadosamente con un estilete por un cirujano experto, usándolo con precaución y evitando crear un falso pasaje o falsa ruta, que convierta una fistula simple en una fistula compleja. Esta exploración con el estilete se puede hacer en el consultorio o bajo anestesia y consiste en introducirlo suavemente dentro del orificio externo en la piel perianal, canalizando suavemente el trayecto fistuloso y cuando es posible identificando el orificio primario de la fistula. En algunas ocasiones cuando no es posible identificar el orificio primario con el estilete, se pasa una sonda de Nelaton calibre 6 Fr y se instila de manera alterna agua oxigenada u azul de metileno sin diluir, en la mayoría de los casos esta maniobra marca el trayecto fistuloso con el azul de metileno y permite la identificación del orificio primario con el agua oxigenada, utilizando un separador anal siempre bajo anestesia.

IMÁGENES: Endosonografía, fistulografía, TC o RNM muestran aire o materia dentro de la fistula son de ayuda ante la sospecha clínica de una absceso anorectal no palpable o trayectos fistulosos complejos.

DIAGNOSTICO: Dolor, drenaje purulento y orificio fistuloso secundario

GUIA DE MANEJO	FISTULA ANORECTAL	CODIGO	CI-COLO-GM-05	VERSION	01
		Página:	4 de 8		

5. RECOMENDACIONES

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Absceso anal
- Fisura anal
- Ulcera anal por enfermedades granulomatosas (enfermedad de Crohn, TBC y sífilis)
- Carcinoma escamoso del canal anal fistulizados.

CLASIFICACION: Descrita por Parks, Gordon y Hardcastle es la más comúnmente usada, Describe con exactitud la anatomía del tracto de la fistula y es útil para predecir la complejidad de la cirugía. Hay 4 tipos de fistulas descritas:

-Interesfinterica: El trayecto fistuloso cursa por el espacio entre el esfínter interno y esfínter externo (espacio interesfinterico) o surco interesfinterico. El orificio primario está localizado en línea pectínea y orificio secundario en piel perianal.

-Transesfinterica: Altas y bajas. Altas (compromete más del 50% del esfínter) y bajas (compromete menos 50% del esfínter) El trayecto fistuloso atraviesa el esfínter interno y externo hasta la fosa isquiorectal, orificio primario en línea pectínea y orificio secundario en piel perianal

-Supraesfinterica: El trayecto fistuloso se origina en la cripta anal y pasa por encima de todo el aparato esfinteriano externo y termina en el orificio secundario en piel perianal.

-Extraesfinterica: El trayecto fistuloso se origina en un orificio primario ubicado más alto de la línea pectínea, ya sea en la unión anorectal o tercio inferior del recto. El trayecto fistuloso va por arriba del esfínter externo incluso comprometiendo fibras del musculo puborectal y el orificio secundario está localizado en la piel perianal.

El termino fistula "compleja" es una modificación de la clasificación de Parks, lo cual describe fistulas cuyo tratamiento posee un alto riesgo de daño en la continencia rectal. Puede ser compleja cuando: El tracto cruza o compromete más 30 al 50 % del esfínter externo, cuando es en el cuadrante anterior en una mujer, cuando tiene múltiples tractos con múltiples orificios secundarios, cuando es recurrente, cuando tiene bolsillos purulentos supraelevadores o isquirectales, cuando tiene una extensión en herradura, cuando hay deterioro de la función de los esfínteres causando incontinencia o, cuando se asocia a trastornos de cicatrización como pacientes inmunosuprimidos con HIV, radioterapia pélvica, o enfermedad inflamatoria intestinal como Colitis Ulcerativa o Enfermedad de Crohn.

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO

Las metas son: 1. Cerrar la fistula de manera definitiva 2. Menor deterioro posible sobre el mecanismo esfinteriano 3. Si no es posible la corrección de la fistula, controlar el dolor y secreción purulenta.

Los objetivos quirúrgicos que logran la cicatrización de una fistula son:

1. Obliteración del orificio primario
2. Desepitelización del trayecto fistuloso.
3. Drenaje de los bolsillos purulentos
4. Control de infecciones específicas, extracción de cuerpos extraños, manejo de la inflamación en la Enfermedad de Crohn.

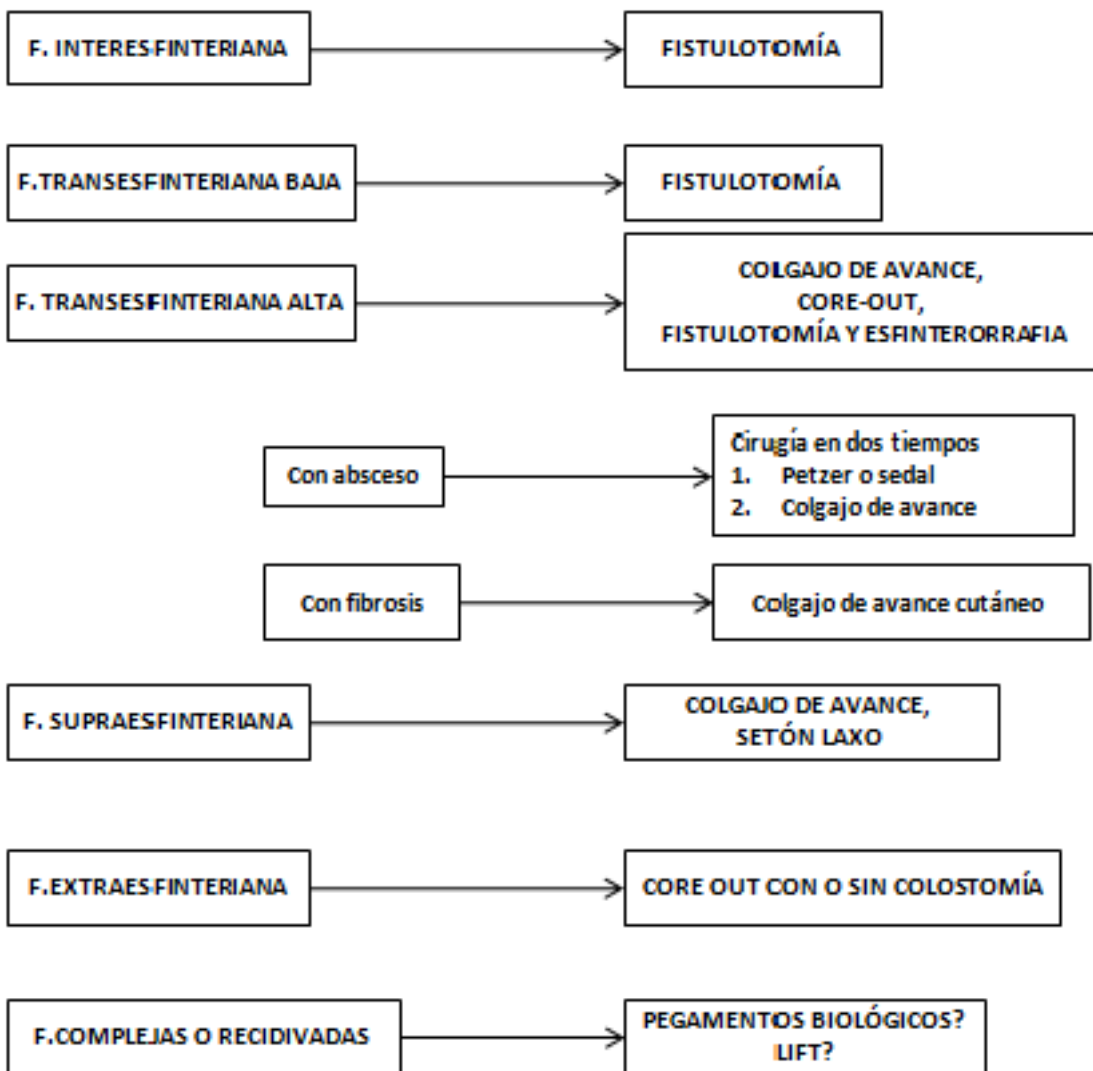
GUIA DE MANEJO	FISTULA ANORECTAL	CODIGO	CI-COLO-GM-05	VERSION	01
		Página:	5 de 8		

5. RECOMENDACIONES

1. Las fistulas subcutáneas, interesfintericas y trasesfintericas que comprometan menos 30% del mecanismo esfinteriano pueden ser tratada con fistulotomia. Nivel de evidencia II, Grado B.
2. Las fistulas traesfintericas altas que comprometan mas del 40% del mecanismo esfinteriano y las fistulas supraesfintericas tendrán como estándar de manejo la obliteracion del orificio primario con un avance de colgajo mucoso (flap mucoso) o una ligadura interesfinterica del tracto fistuloso (LIFT). Es necesario previa a estas cirujias madurar los trayectos fistulosos con seton de drenaje durante 2 a 3 meses, hasta que el trayecto fistuloso sea fibroso y se hallan cerrado los bolsillos purulentos y no existan procesos infecciosos locales.
3. Las fistulas extraesfintericas o las fistulas recurrentes trasesfintericas altas o supraesfintericas, se manejaran con un seton de corte.
Identificación y obliteración del tracto primario y secundario, se prefiere fistulotomia sobre fistulectomia por mayor frecuencia de incontinencia, La tasa de recurrencia con fistulotomia es 2 al 9% con daño funcional 0 al 17%, la marsupializacion ha tenido mejores resultados en la preservación de las presiones del tono anal.
4. Las fistulas en pacientes con trastornos de cicatrización como: Pacientes con HIV, síndromes de inmunodeficiencia. Se podrán manejar de manera permanente con seton de drenaje sin intentar cirugías definitivas.
5. Las fistulas de la Enfermedad de Crohn inicialmente deben recibir tratamientos con anticuerpos contra factor de necrosis tumoral (Infliximab – Adalimumab).
 - a. Fistulas de Crohn asintomáticas no necesitan ser tratadas. Nivel de evidencia IV Grado B.
 - b. Fistulas de Crohn bajas simples pueden ser tratadas por fistulotomia. IV-B
 - c. Fistulas de Crohn complejas pueden ser bien tratadas con seton de drenaje a largo plazo. IV-B.
 - d. Fistulas de Crohn complejas pueden ser tratadas con el cierre avanzado con flap o lift si la Enfermedad inflamatoria esta controlada e inactiva por mas de 2-4 años la mucosa rectal es de espesor normal. IV-B.
6. Las fistulas pueden ser tratadas con inyección de fibrina, colágeno, se reservan a situaciones especiales. Nivel de evidencia IV, Grado B. Bajo riesgo casi nulo de incontinencia fecal.

GUIA DE MANEJO	FISTULA ANORECTAL	CODIGO	CI-COLO-GM-05	VERSION	01
		Página:	6 de 8		

5. RECOMENDACIONES

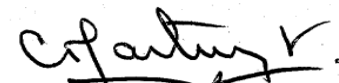
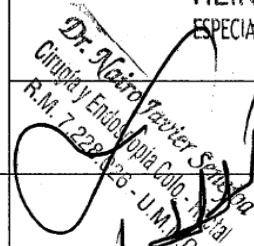
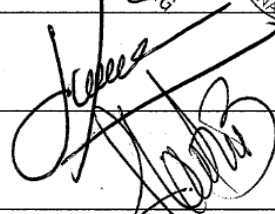
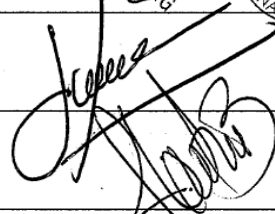


GUIA DE MANEJO	FISTULA ANORECTAL	CODIGO	CI-COLO-GM-05	VERSION	01
		Página:	7 de 8		

6. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	No Aplica			

7. ANEXOS				
BIBLIOGRAFIA				
1. Abcarian H. Anorectal infection: Abscess-fistula. Clinics in colon and rectal surgery 2011. 24:14. 2. Whiteford MH, Kilkenney J 3rd, Hyman N, et al. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised). Dis Colon Rectum 2005; 48:1337. 3. Ramanujam PS, Prasad ML, Abcarian H, Tan AB. Perianal abscesses and fistulas. A study of 1023 patients. Dis Colon Rectum 1984; 27:593. 4. Scoma JA, Salvati EP, Rubin RJ. Incidence of fistulas subsequent to anal abscesses. Dis Colon Rectum 1974; 17:357. 5. Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fistula-in-ano following anorectal suppuration. Dis Colon Rectum 1984; 27:126. 6. Piazza DJ, Radhakrishnan J. Perianal abscess and fistula-in-ano in children. Dis Colon Rectum 1990; 33:1014. 7. Niyogi A, Agarwal T, Broadhurst J, Abel RM. Management of perianal abscess and fistula-in-ano in children. Eur J Pediatr Surg 2010; 20:35. 8. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. Dis Colon Rectum 1995; 38:341. 9. Sainio P. Fistula-in-ano in a defined population. Incidence and epidemiological aspects. Ann Chir Gynaecol 1984; 73:219. 10. Nordgren S, Fasth S, Hultén L. Anal fistulas in Crohn's disease: incidence and outcome of surgical treatment. Int J Colorectal Dis 1992; 7:214. 11. Goldberg JE, Steele SR. Rectal foreign bodies. Surg Clin North Am 2010; 90:173. 12. Kurer MA, Davey C, Khan S, Chintapatla S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. Colorectal Dis 2010; 12:851. 13. Huang WC, Jiang JK, Wang HS, et al. Retained rectal foreign bodies. J Chin Med Assoc 2003; 66:607. 14. Fry RD, Birnbaum EH, Lacey DL. Actinomyces as a cause of recurrent perianal fistula in the immunocompromised patient. Surgery 1992; 111:591. 15. Coremans G, Margaritis V, Van Poppel HP, et al. Actinomycosis, a rare and unsuspected cause of anal fistulous abscess: report of three cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 2005; 48:575. 16. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. Anorectal abscess and fistula-in-ano: evidence-based management. Surg Clin North Am 2010; 90:45. 17. Anal abscess/fistula. American Society of Colon & Rectal Surgeons. 2008. www.fascrs.org/patients/conditions/anal_abscess_fistula/ (Accessed on April 25, 2011). 18. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg 1976; 63:1. 19. Gupta PJ. Ano-perianal tuberculosis--solving a clinical dilemma. Afr Health Sci 2005; 5:345. 20. Mathew S. Anal tuberculosis: report of a case and review of literature. Int J Surg 2008; 6:e36. 21. Diseases characterized by genital, anal, pr perianal ulcers. Sexually Transmitted Diseases treatment Guidelines. 2012 cdc.gov/std/treatment/2010/genital-ulcers.htm. 22. Cirocco WC, Reilly JC. Challenging the predictive accuracy of Goodsall's rule for anal fistulas. Dis Colon Rectum 1992; 35:537				

GUIA DE MANEJO	FISTULA ANORECTAL	CODIGO	CI-COLO-GM-05	VERSION	01
		Página:	8 de 8		

APROBACIÓN					
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA	
ELABORÓ	Dr. Carlos Martínez	Coloproctologo	Octubre de 2015		
	Dr. Heinz Ibáñez				
	Dr. Nairo Senejoa				
REVISÓ	CR. Lina María Mateus Barbosa	Líder Área Coloproctología	Octubre de 2015		
APROBÓ	CR. MD. Juan Carlos Luque Suárez	Jefe de Unidad del Sector Defensa – Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre de 2015		
	BG. MD. Clara Esperanza Galvis Díaz	Subdirector Sector Defensa – Subdirección Medica	Octubre de 2015		
PLANEACION – CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Octubre de 2015	