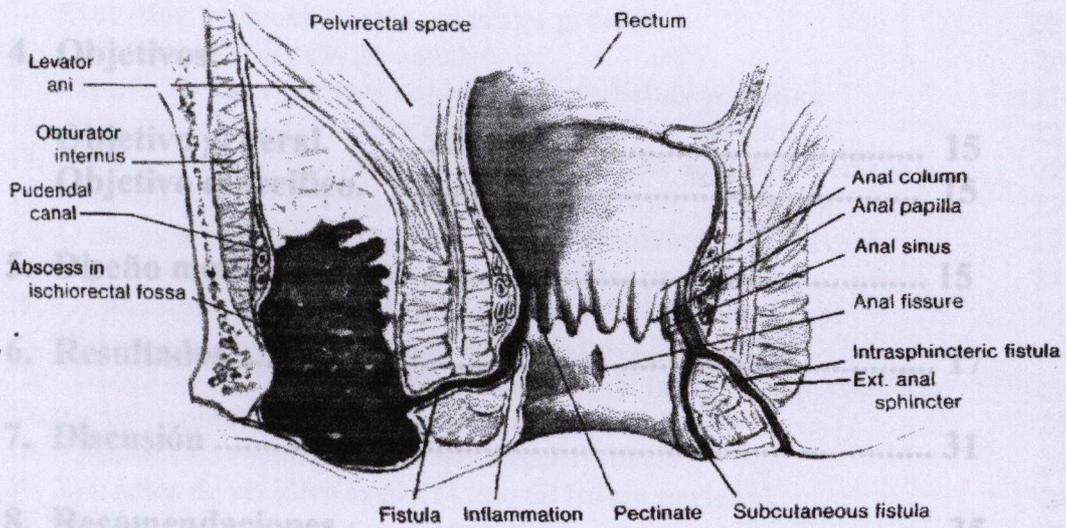


MED.  
tesis  
V 297P  
2002

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
INVENTARIO: Bienes de la Universidad Mayor de San Simón  
Código de Inventario: 01 30 02 101 2002  
Valor: 22  
Día Mes Año: 28 10 02

INDICE DE MATERIAS

1. Introducción **UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN** 5  
**COMITÉ REGIONAL DE POST GRADO**  
 2. Marco teórico ..... 6  
 3. Justificación del estudio ..... 14  
 4. Objetivos ..... 15  
 5. Resultados ..... 15  
 6. Discusión ..... 31  
 7. Recomendaciones ..... 35  
 8. Bibliografía ..... 36



**PREVALENCIA DE LAS FÍSTULAS PERIANALES  
 HOSPITAL OBRERO No. 2  
 CAJA NACIONAL DE SALUD**

*Autor: Dr. Jhonny David Vargas Terceros  
 Residente de 2do. Año Cirugía General  
 Hospital Obrero No. 2 C.N.S.  
 Tutor: Dr. Prudencio Guzmán Borda  
 Jefe del Departamento de Cirugía  
 Hospital Obrero No. 2 C.N.S.*

**Cochabamba - Bolivia  
 2002**

INDICE DE CUADROS  
INDICE DE MATERIAS

1. Introducción .....	5	17
2. Marco teórico .....	6	18
3. Justificación del estudio .....	14	19
4. Objetivos:		
Objetivo general. ....	15	22
Objetivo específico. ....	15	23
5. Diseño metodológico .....	15	24
6. Resultados. ....	17	25
7. Discusión .....	31	26
8. Recomendaciones .....	35	27
9. Bibliografía .....	36	28

## INDICE DE CUADROS

1. Distribución de las Fístulas perianales por sexo.	17
2. Distribución de las fístulas perianales de acuerdo a grupo etáreo	17
3. Tiempo de evolución de las fístulas perianales	18
4. Clasificación de las fístulas perianales	18
5. Distribución de las fístulas perianales en los 5 años del estudio.	19
6. Antecedentes patológicos previos en las fístulas perianales	19
7. Evolución de los abscesos perianales previos	20
8. Síntomas de la fístula perianal.	20
9. Manifestaciones clínicas según el tipo de fístula perianal.	21
10. Hallazgos a la exploración física en las fístulas perianales	22
11. Hallazgos a la exploración física según el tipo de fístula perianal.	22
12. Localización del orificio externo de las fístulas perianales.	23
13. Localización del orificio externo según cuadrantes del periné.	23
14. Número de orificios externos en las fístulas perianales	24
15. Localización del orificio interno en las fístulas perianales.	24
16. Técnica quirúrgica empleada en las fístulas perianales.	25
17. Cirugía asociada durante el tratamiento de las fístulas perianales	25
18. Recidiva post operatoria en las fístulas perianales	26
19. Episodios de recidiva en las fístulas perianales	26
20. Episodios de recidiva según el tipo de fístula perianal.	27
21. Tiempo de internación post operatoria.	27
22. Antibióticos empleados en el tratamiento de la fístula perianal.	28

El dolor local (100% de los pacientes) y la secreción (48%), fueron las manifestaciones más frecuentes. En cuanto a la localización del orificio externo en 59% de los casos se hallaba en el periné anterior; solo en el 7% de los casos el orificio era múltiple, en el caso del orificio interno el 63% se localizaba hasta 2 cm. de la línea pectinea, concordando con lo mencionado en la literatura.

Luego de la cirugía la recidiva alcanzó el 28,12% dentro de los cuales el 48% correspondió a las fístulas interesfinerianas. Hasta el 70% de los pacientes presentaron 2 o más episodios de recidiva lo cual habla claramente del carácter crónico de la entidad y la dificultad para su tratamiento. Por las molestias post operatorias el 75% de los pacientes permanece hasta el quinto día postquirúrgico.

Se estableció que a medida que discurre el tiempo, la recidiva y la incontinencia son más frecuentes ello no impulsa a proponer la identificación precisa de la fístula desde el preoperatorio confirmando durante la cirugía y la elección de una técnica apropiada para su abordaje.

## RESUMEN DEL TRABAJO

No obstante la pequeñez de nuestro grupo estudiado, creémos iniciado la investigación de un tema importante dentro de la cirugía no por su implicancia en cuanto a mortalidad de los afectados sino por las repercusiones en el ámbito personal y de interrelación con su entorno familiar, laboral y comunitario.

Los maestros en cirugía recuerdan que el tratamiento de la fistula perianal no pone en riesgo la vida del paciente pero si origina un individuo permanentemente agradecido o por el contrario crea un enemigo para toda la vida.

De ahí a la importancia de un tratamiento correcto para esta entidad y el ser plenamente honestos ante un cuadro severo para recomendar su transferencia a la subespecialidad correspondiente.

Destaca el hecho que la fistula perianal afecta predominantemente a varones (75%) en etapa productiva de la vida, (31 a 50 años, el 65% de los afectados) por sus características sintomáticas especiales motiva prontamente la consulta a los servicios de salud.

Como se esperaba la fistula interesfinteriana es la modalidad mas frecuente (41%); el 90% de los pacientes tiene antecedentes mórbidos previos entre los que se destacan el Absceso perianal y la Cirugía previa por fistula perianal. Conviene recordar que en el 35% de los abscesos perianales existió drenaje espontáneo sin tratamiento posterior lo cual indudablemente favorece el desarrollo de fistulas.

El dolor local (100% de los pacientes) y la secreción (48%), fueron las manifestaciones más frecuentes. En cuanto a la localización del orificio externo en 59% de los casos se hallaba en el periné anterior; solo en el 7% de los casos el orificio era múltiple, en el caso del orificio interno el 63% se localizaba hasta 2 cm. de la línea pectínea, concordando con lo mencionado en la literatura.

Luego de la cirugía la recidiva alcanzó el 28,12% dentro de los cuales el 48% correspondió a las fistulas interesfinterianas. Hasta el 70% de los pacientes presentaron 2 o mas episodios de recidiva lo cual habla claramente del carácter crónico de la entidad y la dificultad para su tratamiento. Por las molestias post operatorias el 75% de los pacientes permanece hasta el quinto día postquirurgico.

Se estableció que a medida que discurre el tiempo, la recidiva y la incontinencia son mas frecuentes ello no impulsa a proponer la identificación precisa de la fistula desde el preoperatorio confirmándolo durante la cirugía y la elección de una técnica apropiada para su abordaje.

Para una adecuada conceptualización del problema, es necesario revisar con algún detenimiento las principales características anatómicas de la región sobre todo en aquellos aspectos que tienen importancia para la presentación de esta patología

Debemos destacar algunos conceptos anatómicos del canal anal con sus estructuras y del músculo elevador del ano, ya que van a servir como referencia en la clasificación de los abscesos anorrectales, además de la importancia fundamental en

## Introducción.

Las fístulas peri anales constituyen problema de importancia aún no determinada en nuestra institución. Es frecuente observar problemas de este tipo tanto en el ámbito de consulta externa como en las actividades quirúrgicas del servicio.

No es raro que se subestime la importancia que este problema de salud tiene para el confort del paciente la limitación que significa para sus actividades cotidianas y lo que es mas sorprendente aún, la dificultad que plantea para el manejo racional de esta entidad

Muchos reportes internacionales ponen en evidencia los continuos esfuerzos que se realizan para mejorar los conceptos en los que se basa el tratamiento quirúrgico tradicional de esta enfermedad y sobre todo procurar mejorar la notable tasa de recidiva que se presenta luego de dichas cirugías.

En el Hospital Obrero No. 2 dependiente de la C.N.S. se realiza una importante actividad quirúrgica, dentro de la que se incluye el tratamiento para las fístulas perianales. Por ser un centro de referencia en nuestro departamento se intervienen no sólo casos vírgenes de tratamiento previo, sino también aquellos pacientes que ya fueron operados anteriormente en centros institucionales o privados.

Sin embargo es necesario señalar que desafortunadamente no existen datos que señalen la importancia de este problema dentro del contexto global de la actividad quirúrgica en nuestro centro.

Por tal razón creemos que es necesario estudiar este problema a partir de su prevalencia para posteriormente ir analizando los factores relacionados con este trastorno, las modalidades de tratamiento quirúrgico que se brindan en la institución y los resultados posteriores para el paciente. En consecuencia se plantea el estudio de esta entidad dentro de un periodo de 5 años a fin de incluir un volumen significativo de pacientes.

## MARCO TEÓRICO.

La sepsis anorectal puede complicarse con una fístula perianal en casi el 25% de los pacientes durante la fase aguda de la sepsis o en los 6 meses consecutivos (1)

Para una adecuada conceptualización del problema, es necesario revisar con algún detenimiento las principales características anatómicas de la región sobre todo en aquellos aspectos que tienen importancia para la presentación de esta patología

Debemos destacar algunos conceptos anatómicos del canal anal con sus estructuras y del músculo elevador del ano, ya que van a servir como referencia en la clasificación de los abscesos anorrecales, además de la importancia fundamental en

la continencia fecal: el músculo elevador del ano es el que conforma la mayor parte del piso pélvico formando un diafragma en forma de embudo a través del cual pasan las diferentes estructuras pélvicas hacia el periné. Este, a su vez, está conformado por tres fascículos que son, de la línea media hacia fuera, el puborrectal, el pubococcígeo y el ileococcígeo. El fascículo puborrectal forma un asa o una cincha alrededor de la unión anorrectal que crea una angulación entre el recto y el conducto anal que ayuda a la continencia.(2)

El conducto anal está limitado en su parte superior por la unión anorrectal en el borde cefálico del puborrectal y en su parte inferior, hasta 2 cm por fuera del borde caudal, por el esfínter externo. El conducto anal está rodeado por dos tubos musculares concéntricos: el esfínter externo (músculo estriado) y el esfínter interno (músculo liso). El esfínter externo se fusiona con el fascículo puborrectal y no tiene un límite anatómico claro, además de compartir la inervación somática. El esfínter interno es la continuación de la capa muscular circular del recto que se engruesa a partir de la unión anorrectal y tiene inervación simpática y parasimpática. La capa muscular longitudinal del recto que continúa en dirección distal se denomina músculo longitudinal y se localiza entre los dos esfínteres y atraviesa la porción subcutánea del esfínter externo para insertarse finalmente en la piel perianal. En la línea pectínea están las glándulas anales, en un número de 4 a 8, que desembocan en las criptas anales; estas glándulas tienen una porción tubular corta en la submucosa que rápidamente se ramifica. Algunas glándulas parecen estar confinadas a la submucosa, pero, en otras, sus ramificaciones pueden penetrar en el esfínter interno, el surco interesfintérico e incluso hasta el esfínter externo

La infección de las glándulas anales puede llevar a la celulitis y a la formación de abscesos, definiéndolos como abscesos criptoglandulares anales. Es ampliamente aceptada la teoría según la cual las fístulas perianales y los abscesos anorrectales, en un alto porcentaje, tienen origen criptoglandular y son consideradas como partes o etapas de una misma entidad.

Revisando la histoanatomía de las glándulas anales se ha demostrado que en anos normales es común encontrar dilataciones quísticas o saculares en las ramificaciones de estas glándulas anales. Como ya habíamos mencionado en el recuento anatómico, estas ramificaciones de las glándulas anales pueden estar confinadas a la submucosa (80%) pero, en 20% puede penetrar el esfínter interno, el surco interesfintérico e, incluso, el esfínter externo. Si estas dilataciones quísticas o saculares de las glándulas se infectan, pueden drenarse al canal anal y cicatrizar, espontáneamente. Cuando esta infección sucede en planos más profundos, el tono del esfínter interno puede no permitir que estas glándulas infectadas descarguen fácilmente al canal anal y la pus busca drenarse por la zona de menor resistencia en el surco interesfintérico o la fosa isquiorrectal y, de acuerdo con la vía en que se propague la infección, se da origen a los diferentes tipos de abscesos anorrectales. El tono del esfínter interno no es el único mecanismo que dificulta el drenaje de estas glándulas anales; existen otros mecanismos por los cuales se puede obstruir el conducto de drenaje de la glándula: 1) el edema de una cripta por trauma al defecar heces duras; 2) las heces líquidas durante la diarrea pueden penetrar en el conducto de la glándula y al deshidratarse obstruyen el conducto glandular; 3) el edema de la cripta por infecciones específicas (TBC, etc.) o por enfermedad inflamatoria intestinal.(3)