



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 27 de Junio de 2013

VISTO; el Memorando N° 465-OGC-2013-HNCH y el Informe N° 521-2013-OAJ/HNCH;

CONSIDERANDO;

Que, mediante Informe N° 082-dci-hnch-13 de fecha 23 de mayo de 2013, el jefe del Departamento de Cirugía solicitó la aprobación de las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la fisura anal, enfermedad hemorroidal y fístula anorrectal del departamento de Cirugía.

Que, con Memorando N° 465-OGC-2013-HNCH del 10 de junio de 2013, el jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, remitió a la Oficina de Asesoría Jurídica, la guía descrita a fin de darle el tratamiento que corresponde.

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud N° 26842, establece que es responsabilidad del Estado, promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA, con la finalidad de establecer el marco normativo para la elaboración de guías de práctica clínica en el Sector Salud, se aprobó la Norma Técnica para la elaboración de guías de práctica clínica N° 027-MINSA/DGSP-V.01.

Que, por Resolución Directoral N° 265-2013-HNCH/DG, con la finalidad de estandarizar la elaboración de procedimientos asistenciales, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 02-DG/OGC/HNCH-2013-V.02 para la implementación de guías de servicios asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Que, las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la fisura anal, enfermedad hemorroidal y fístula anorrectal, cumplen con lo lineamientos de la Norma Técnica N° 027-MINSA/DGSP-V.01 y Resolución Directoral N° 265-2013-HNCH/DG, respectivamente.

Que, en tal sentido, la solicitud de aprobación de las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la fisura anal, enfermedad hemorroidal y fístula anorrectal, formulada por el jefe del Departamento de Cirugía, resulta amparable.

Estando a lo recomendado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 521-2013-OAJ/HNCH;

Con la visación del jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;



SE RESUELVE:

Artículo único.- Aprobar, las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la fisura anal, enfermedad hemorroidal y fístula anorrectal, que forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer, que la Oficina de Gestión de la Calidad, proceda a la difusión, seguimiento e implementación de las guías aprobadas mediante la presente resolución.

Artículo 3°.- Encargar, a la Oficina de Comunicaciones, la difusión de esta resolución, en la página web de la entidad.

Regístrese y comuníquese;

**MINISTERIO DE SALUD**
Hospital Nacional Cayetano Heredia

Dr. LUIS EDGARDO DULANTO MONTEVERDE
DIRECTOR GENERAL
CMP. 14270

MINISTERIO DE SALUD
HOSP. NAL. NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA
"FIEL DEL ORIGINAL"

01 JUL 2013


EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FED. DIARIO TITULAR
RE. M. INT. 100

LEDM/CEWA
() Dirección General
() OAJ
() OGC
() DM
() Archivo

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL.

I. FINALIDAD.

Establecer un referente a nivel hospitalario para orientar la toma de decisiones clínicas y quirúrgicas en los pacientes con diagnóstico de Fisura Anal.

II. OBJETIVO.

Reconocer el cuadro clínico de los pacientes con fisura anal.

Establecer el diagnóstico correcto de acuerdo a los hallazgos clínicos y exámenes auxiliares.

Conocer las medidas terapéuticas a seguir de acuerdo al tipo de fisura anal.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Hospital Nacional Cayetano Heredia.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Diagnóstico y Tratamiento de la Fisura Anal.

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO.

Fisura anal aguda	CIE10: K60.0
Fisura anal crónica	CIE10: K60.1
Fisura anal no especificada	CIE10: K60.2

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIÓN.

Corresponde a una solución de continuidad de la piel en el epitelio escamoso de canal anal, que se ubica en la zona distal a la línea dentada.¹

Si una fisura anal no se cura en al menos cuatro a seis semanas, puede ser reconocido como crónica, sin embargo una descripción morfológica ofrece una definición más precisa.^{2,3}

Clasificación:

- **Fisura anal aguda:** Se caracterizan por ser un desgarro superficial de bordes limpios.
- **Fisura anal crónica:** Se caracterizan por ser un desgarro profundo con una úlcera de bordes indurados en cuyo lecho pueden apreciarse las fibras del esfínter anal interno. Generalmente se acompaña de un pliegue cutáneo indurado en el extremo



distal (hemorroide centinela) y una papila hipertrófica en el borde proximal (pólipo de Lane).^{1,3}

Localización:

En las fisuras sin causa aparente (enfermedad de fondo), también conocidas como primarias, la localización es generalmente en la línea media posterior (90 – 98%), y en un quinto de los casos en la línea media anterior (12% de las que aparecen en mujeres y 7% de las que aparecen en varones).¹

Las fisuras que son secundarias a una patología de fondo, se localizan generalmente en posición lateral (fuera de la línea media), son múltiples y pueden ser menos dolorosas; deben sugerir la presencia de enfermedades como la enfermedad de Crohn, la tuberculosis, sífilis, virus de inmunodeficiencia adquirida o un carcinoma anal (ver anexo 1).⁶

5.2. ETIOLOGÍA.

La etiología de la fisura anal aún no está del todo clara. Una de las explicaciones más aceptadas es el trauma del conducto anal secundario al paso de deposiciones voluminosas y sólidas. Algunos pacientes (aproximadamente el 6%) mencionan un episodio de diarrea previo al inicio de los síntomas. Éstos serían los factores iniciales, existiendo además:^{4,5}

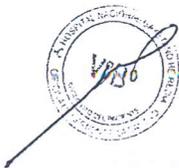
- ✓ Hipertonía de reposo del esfínter interno.
- ✓ Pobre vascularidad del conducto anal en la línea media posterior y anterior. La perfusión sanguínea en el extremo posterior es aún más baja cuando se compara con los otros tres cuadrantes.

5.3. FISIOPATOLOGÍA.

La fisura anal se ha asociado durante muchos años con un aumento del tono del esfínter anal. Esto ha sido corroborado por un tratamiento quirúrgico exitoso para la fisura anal: esfínterotomía interna, que reduce la presión de reposo anal. En 1994, esta opinión se vio reforzada por Shouten, quien identificó una relación entre la presión y el flujo de sangre anal anodérmico, revelando que en el esfínter anal interno la presión en reposo estaba inversamente relacionada con el flujo de sangre en la línea media posterior. También reveló que hay un flujo sanguíneo anodérmico significativamente menor en el sitio de la fisura que en la línea media posterior anal de los grupos de control.⁷

Estos hechos constituyen la base lógica para la explicación de que los microtraumatismos del anodermo y el dolor anal provocan un espasmo del esfínter anal interno y una presión anal elevada. Esto, a su vez, conduce a una reducción de la perfusión en el anodermo, resultando en isquemia en la región de la fisura, conllevando todo ello a un círculo vicioso: Dolor – espasmo – isquemia – persistencia de la fisura.^{7,8}

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.



Generalmente se diagnostica en adultos jóvenes, aunque puede observarse a cualquier edad con una incidencia similar en ambos sexos. La fisura anal es un problema frecuente que constituye del 15 al 20 % de las consultas e intervenciones en Europa. A menudo se encuentran 235 000 nuevos casos de fisura anal reportados cada año en los EE.UU. y alrededor del 40% de ellos persisten durante meses e incluso años.³

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

Los factores de riesgo o predisponentes para provocar una fisura anal son: estreñimiento, deposiciones duras, gran esfuerzo defecatorio y escasa ingesta de agua y fibra.⁹

El 3% -11% de las fisuras anales se asocian con el parto y, normalmente, este tipo de etiología predispone a la fisura de localización en la comisura anal anterior. Los vínculos entre el abuso sexual y la fisura anal también han sido considerados.^{1,9}

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO.

6.1.1. Signos y síntomas.⁸

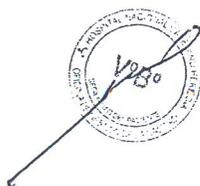
- ✓ Dolor al defecar.
- ✓ Sangre en la superficie de las heces (no mezclada).
- ✓ Sangre en el papel higiénico o en las toallas.
- ✓ Fisura visible, con frecuencia en la línea media posterior cuando el ano se entreabre levemente.
- ✓ Estreñimiento a menudo con evacuaciones dolorosas.

La mayoría de fisuras anales crónicas muestran unos signos muy característicos que permiten diferenciarlas con facilidad de agudas, ante estos hallazgos es poco probable que ocurra la cicatrización espontánea de la fisura, por lo que el reconocimiento temprano de los mismos es importante para la instauración del tratamiento oportuno (ver anexo 2).^{1,5}

6.2. DIAGNÓSTICO.

6.2.1. Criterios de diagnóstico.

El diagnóstico se establece mediante la historia clínica y la exploración física. La fisura anal causa morbilidad importante en sujetos habitualmente sanos siendo el dolor el motivo de consulta principal de estos pacientes (90 %). Es intenso, acompaña a la defecación, persiste minutos u horas tras la misma y con bastante frecuencia se presentan mínimas rectorragias. En las fisuras de larga evolución es frecuente el desarrollo del apéndice centinela que puede originar aumento de la secreción anal y prurito, lo cual puede condicionar que se manche o ensucie la ropa interior. En numerosas ocasiones estos pacientes asocian estreñimiento, el cual puede ser descrito como el síntoma de inicio.^{3,6}



La exploración física de la mucosa rectal, permite diagnosticar la fisura anal prácticamente en el 100% de los pacientes. La inspección constituye el paso más importante debe ser cuidadosa y mediante una separación correcta de los glúteos. La úlcera anal junto a la presencia de contractura esfinteriana constituyen, con el dolor, la denominada «Tríada diagnóstica». La existencia de un pequeño absceso subfisurario y la asociación fisura-fístula anal son otros de los hallazgos que deben descartarse.^{5,8}

La no visualización de la fisura no excluye su presencia y si existe un alto índice de sospecha diagnóstica, se debe realizar una rectoscopia e instaurarse tratamiento médico.⁵

6.2.2. Diagnóstico diferencial.^{1,5}

- ✓ Hemorroides.
- ✓ Fístula Anorrectal.
- ✓ Condilomas anales.
- ✓ Úlceras anales.
- ✓ Pólipos rectales y.
- ✓ Colgajos cutáneos.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES.

6.3.1. De patología clínica.

- ✓ *Hemograma completo.*
- ✓ *Perfil de coagulación.*
- ✓ *Creatinina sérica.*
- ✓ *Examen de orina.*

6.3.2. Otros exámenes especializados.

- ❖ Anoscopia.
- ❖ Rectoscopia.

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas.

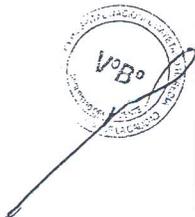
Dieta rica en fibra.

Evitar el estreñimiento.

Evitar alimentos irritantes en la dieta.

El tratamiento de la fisura anal puede ser conservador o quirúrgico.

6.4.2. Terapéutica.



Tratamiento Médico:

Fisura Aguda:

Incremento en la ingesta de líquidos y fibra, medicamentos que incrementen el bolo fecal, analgésicos, aplicación tópica de pomada de calcioantagonistas (diltiazem).¹⁰

Fisura Crónica:

Aplicación de pomada tópica de calcioantagonista (diltiazem) dos veces al día, de 6 a 8 semanas.³

Si existe falla al tratamiento o recurrencia de la lesión, se deberá utilizar toxina botulínica (20 a 25 U) divididas en dos dosis e inyectadas en el esfínter interno una a cada lado de la fisura.³

El trinitrato de glicerilo tópico (TNG), cura las fisuras anales mejor que un placebo, independientemente de la dosis, pero se asocia a cefalea en el 25% de los pacientes.

La falla al tratamiento médico o recurrencia requiere de estudios de fisiología anorectal en las mujeres o en pacientes que hayan tenido cirugía anal previa.^{3,10}

Tratamiento Quirúrgico:

Se recomienda la cirugía ante la falla al tratamiento conservador. No existe evidencia de que el tratamiento quirúrgico debe ser utilizado en fisuras anales agudas.⁵

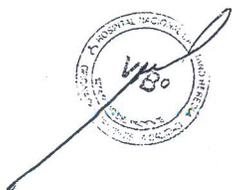
Preparación preoperatoria: las operaciones pueden realizarse estando el paciente hospitalizado o por cirugía ambulatoria (en la mayoría de los pacientes de nuestra institución); en ambos casos se realiza un chequeo preoperatorio que consiste en:¹

- ✓ Examen físico exhaustivo.
- ✓ Rectoscopia.
- ✓ Exámenes de laboratorio: hemograma, glicemia, creatinina, serología.
- ✓ Electrocardiograma.

Los pacientes son preparados con enemas evacuantes desde la noche anterior y en la mañana de la operación para lograr la limpieza total del recto.¹

Técnicas quirúrgicas:

- La **esfinterotomía lateral interna (ELI)** cerrada: la parte inferior del esfínter interno se secciona subcutáneamente; no deja herida virtual, realizando adecuadamente la técnica cicatriza bien la fisura.⁵
- La **esfinterotomía lateral abierta (ELA)** se expone el esfínter interno a través de una incisión radial perianal y luego se incide el esfínter anal interno.⁵



Estas técnicas tienen una baja tasa de complicaciones, como sangrado e incontinencia. La esfinterotomía lateral interna con técnica abierta o cerrada es igualmente eficaz.²

Para garantizar un mayor índice de curación, la esfinterotomía debe ser realizada hasta la altura de la línea dentada o lograr una apertura del conducto anal de 30mm.⁵

La dilatación anal y la esfinterotomía posterior deben ser abandonados en el tratamiento de la fisura anal crónica en los adultos.⁵

La fisurectomía con o sin avance mucoso es una técnica quirúrgica especialmente atractiva para los casos en que la fisura anal no está asociada a hipertonia del esfínter.¹

El colgajo de avance anal (V-Y) es efectivo en la cicatrización de la fisura anal y se asocia solamente a complicaciones menores. Se recomienda en pacientes con una presión de reposo baja del conducto anal (ancianos, mujeres multíparas o pacientes con neuropatía).¹

Cuidados postoperatorios

- ✓ Se medica al paciente con analgésicos y antiinflamatorios para evitar dolor posquirúrgico.
- ✓ Reposo absoluto o relativo en dependencia de la anestesia empleada, para evitar cefalea post-raquídea y sangrado anal.
- ✓ Curaciones en dependencia al tipo de cirugía, asistiendo a controles por consultorio externo una o dos veces por semana dependiendo de la evolución.

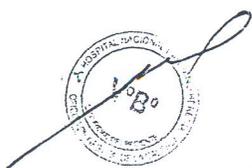
Instrucciones para el paciente de alta:

- ✓ No se rasque o frote el área anal.
- ✓ Lave el área anal con agua solamente. No use jabón o sal al lavar el área anal. Seque bien el área después de la limpieza con una toalla suave o con un secador de cabello con aire frío.
- ✓ Baños de asiento con agua tibia durante 10 a 15 minutos, 2 a 3 veces por día.
- ✓ Coma una dieta alta en fibra que incluya 8-10 vasos de agua al día.
- ✓ Evite los alimentos que incluyen picantes, alimentos cítricos, café, cerveza, frutos secos, productos lácteos, tomates.
- ✓ Si presentara sangrado importante, acudir por emergencia.
- ✓ Evitar esfuerzo físico durante el periodo de cicatrización.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento.

Reacciones alérgicas a los medicamentos, en caso los pacientes sean alérgicos a los analgésicos y/o anestésicos administrados; para evitar ello se deberá indagar bien estos antecedentes en la anamnesis.

6.4.4. Signos de alarma.



Dolor intenso y sangrado en la región anal.
Incontinencia fecal.
Signos de flogosis o secreción purulenta a nivel de la fisura.

6.4.5. Criterios de alta.

Ya que los pacientes manejados en nuestra institución con fisura anal, generalmente son sometidos a cirugía ambulatoria, serán dado de alta si presentan:

1. Estabilidad hemodinámica.
2. Ausencia de fiebre.
3. Ausencia de sangrado en zona operatoria.

Así mismo anestesiología dará el alta correspondiente a su especialidad, previa evaluación del estado del paciente.

6.4.6. Pronóstico.

Por lo general, hay una curación rápida sin problemas residuales. Sin embargo, es más probable que las personas que desarrollan fisuras las vuelvan a presentar en el futuro.

En ocasiones, la fisura se vuelve crónica y no sana, en cuyo caso es necesario recurrir a un procedimiento quirúrgico menor para relajar el esfínter. Asimismo, si tras un tratamiento médico y/o quirúrgico oportuno no se produce la cicatrización de la fisura, se ha de considerar la realización de una biopsia de la misma para excluir la presencia de un carcinoma anal.^{1,5}

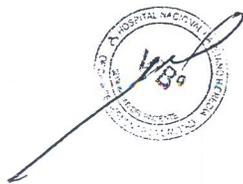
6.5. COMPLICACIONES.

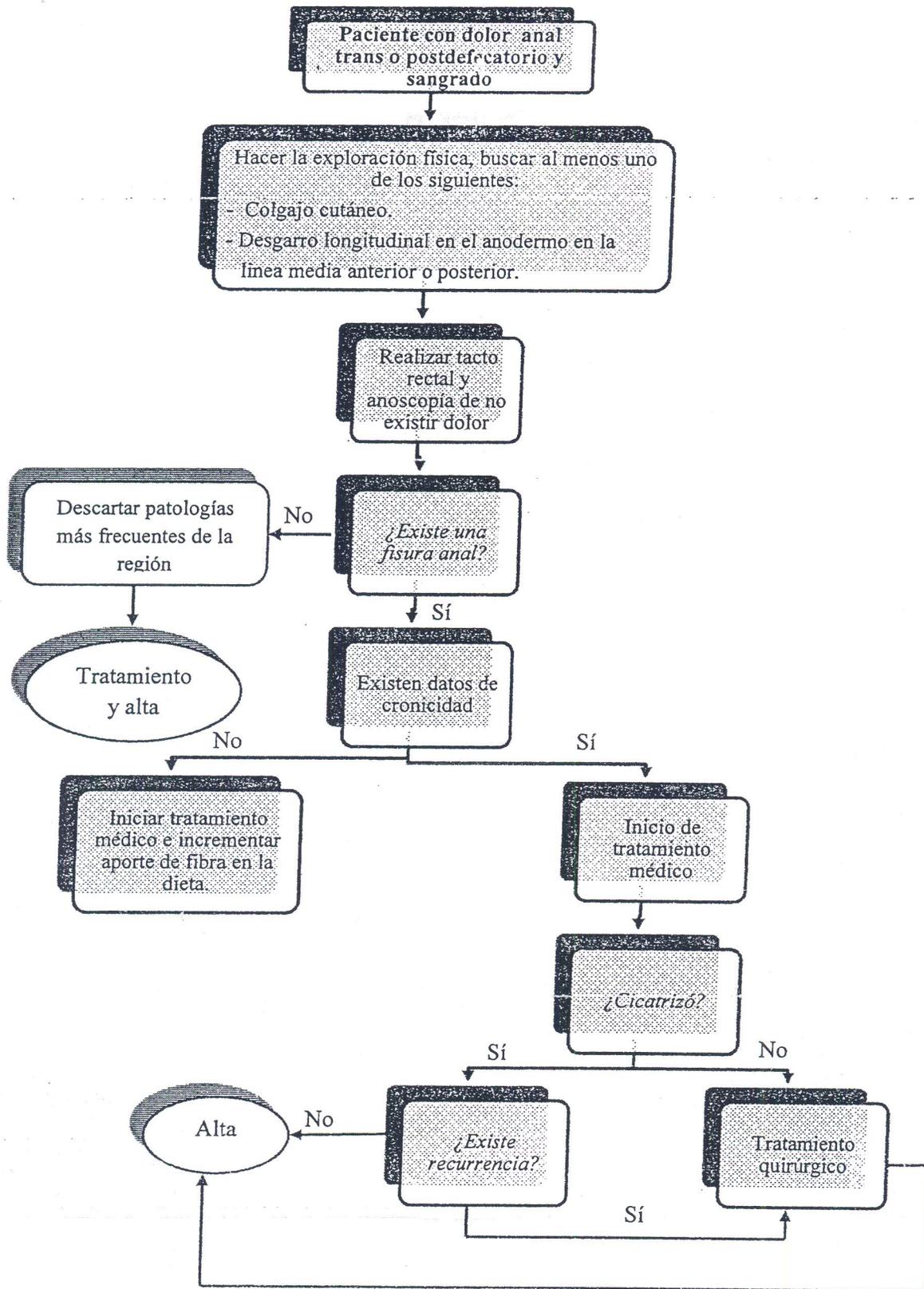
Las complicaciones de la esfinterotomía lateral se calculan en alrededor del 5% (incontinencia parcial del esfínter anal) siendo necesario informar al paciente por su carácter persistente. A pesar de ello, esta técnica es un procedimiento simple, conlleva una morbilidad mínima, mejora rápidamente los síntomas, presenta índices elevados de curación y la tasa de recurrencias a un año es de alrededor del 3%.^{4,5}

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

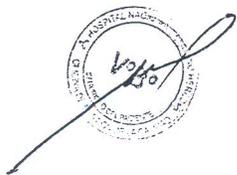
Serán derivados a la especialidad correspondiente, los pacientes que presenten fisuras anales secundarias a una enfermedad de fondo (tuberculosis, infección por VIH, enfermedad de Crohn, etc.).

6.7. FLUXOGRAMA DE MANEJO DEL PACIENTE CON FISURA ANAL

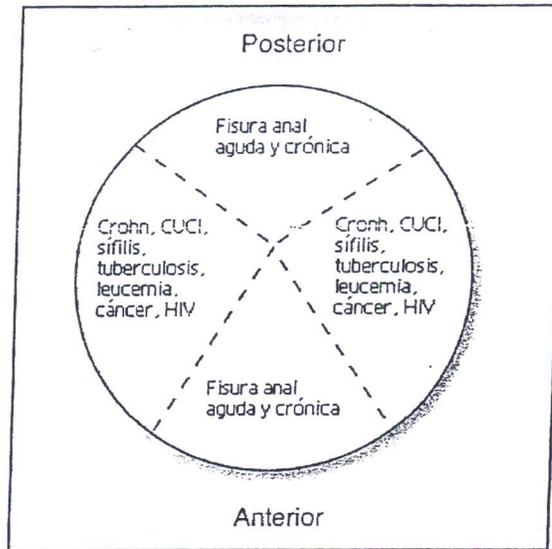




VII. ANEXOS.



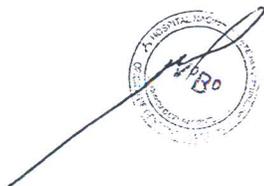
1. Localización de las fisuras anales.



2. Diferencias entre fisura anal aguda y crónica.

FISURA ANAL AGUDA	FISURA ANAL CRÓNICA
• Síntomas persisten menos de 4-6 semanas	• Síntomas persisten más de 4-6 semanas
• Muy dolorosa	• Menos dolorosa
• Gran hipertonia esfinteriana	• Menos hipertonia
• Superficial	• Más profunda
• Bordes netos y finos	• Bordes fibrosos y de más grosor
• Fondo liso y rosado	• Fondo blanco, con fibras del esfinter int.
• Ausencia de signos parafisurarios	• Presencia de signos parafisurarios.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.



1. Herzig DO, Lu KC. Anal fissure. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 33-44.
2. Dykes SL, Madoff RD. Benign Anorectal: Anal Fissure. In: Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD, eds. *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery*. New York: Springer Science and Business Media LLC, 2007:178-191.
3. Wollina U. Pharmacological sphincterotomy for chronic anal fissures by botulinum toxin a. *J Cutan Aesthet Surg* 2008; 1:58-63.
4. Garg P. Water stream in a bidet-toilet as a cause of anterior fissure-in-ano: a preliminary report. *Colorectal Dis* 2010; 12: 601-602.
5. Cross KLR, Massey EJD, Fowler AL, Monson JRT. The Management of Anal Fissure. *Colorectal Disease* 2008; 10: (Supl. 3), 1-7.
6. Arroyo A, Perez F, Serrano P, et al. Surgical versus chemical (botulinum toxin) sphincterotomy for chronic anal fissure: long-term results of a prospective randomized clinical and manometric study. *Am J Surg* 2005; 189: 429-34.
7. Van Outryve M. Physiopathology of the anal fissure. *Acta Chir Belg* 2006; 106: 517-518.
8. Madalinski M. To predict and understand anal fissure healing. *Int J Colorectal Dis* 2011; 26: 263.
9. Grucela A, Salinas H, Khaitov S, Steinhagen RM, Gorfine SR, Chessin DB. Prospective analysis of clinician accuracy in the diagnosis of benign anal pathology: comparison across specialties and years of experience. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 47-52.
10. Iswariah H, Stephens J, Rieger N, Rodda D, Hewett P. Randomized prospective controlled trial of lateral internal sphincterotomy versus injection of botulinum toxin for the treatment of idiopathic fissure in ano. *ANZ J Surg* 2005; 75: 553-555.



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL.

I. FINALIDAD.

Establecer un referente a nivel hospitalario para orientar la toma de decisiones clínicas y quirúrgicas en los pacientes con diagnóstico de Hemorroides.

II. OBJETIVO.

Reconocer el cuadro clínico de los pacientes con hemorroides.

Establecer el diagnóstico correcto de acuerdo a los hallazgos clínicos y exámenes auxiliares indicados.

Conocer las medidas terapéuticas a seguir de acuerdo al tipo y grado de hemorroides.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Hospital Nacional Cayetano Heredia.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal (Hemorroides).

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO.

Hemorroides	CIE10: I84
Hemorroides internas trombosadas	CIE10: I84.0
Hemorroides internas con otras complicaciones	CIE10: I84.1
Hemorroides internas sin complicación	CIE10: I84.2
Hemorroides externas trombosadas	CIE10: I84.3
Hemorroides externas con otras complicaciones	CIE10: I84.4
Hemorroides externas sin complicación	CIE10: I84.5
Hemorroides no especificadas, sin complicación	CIE10: I84.9
Hemorroides no especificadas, con otras complicaciones	CIE10: I84.8

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIÓN.

La enfermedad hemorroidal se define como la dilatación de los paquetes hemorroidales localizados en la parte terminal del recto, conducto anal y ano. Con la distensión de las anastomosis arteriovenosas por el deterioro, existe destrucción de los sistemas de fijación del tejido conjuntivo y el consecuente desplazamiento de los paquetes.¹

Se cree que el tejido hemorroidal contribuye a la continencia anal ya que el 15% -20% de la presión anal en reposo se deriva de estos paquetes.³



Localización:

Los paquetes ó almohadillas hemorroidales, aparecen de manera previsible en las posiciones derecha anterior, derecha posterior y lateral izquierda, aunque puede haber complejos hemorroidales secundarios intermedios que desdibujan ésta anatomía clásica (ver anexo 1).³

Clasificación:

Se clasifican de acuerdo a su ubicación:

Las hemorroides externas se encuentran distales a la línea dentada y están cubiertas por anodermo que es sensible al tacto, la temperatura, y el estiramiento debido a la innervación de los nervios somáticos.^{2,4}

Las hemorroides internas están cubiertas por epitelio columnar o de transición, se encuentran proximales a la línea dentada, y se clasifican en base al grado de prolapso (ver anexo 2):⁴

- *Primer grado:* Las hemorroides pueden sangrar y pueden sobresalir en el canal anal y el prolapso puede ir más allá de la línea dentada en el esfuerzo.
- *Segundo grado:* las hemorroides se prolapsan a través del ano, pero se reducen de forma espontánea.
- *Tercer grado:* Hay prolapso de las hemorroides a través del canal anal y requieren reducción manual.
- *Cuarto grado:* Las hemorroides se prolapsan pero son irreductibles, y por lo tanto están en riesgo de estrangulación.

La mayoría de las hemorroides son, sin embargo, un tipo combinado de las hemorroides internas y externas. El pronóstico y el tratamiento se basan fundamentalmente en la clasificación.⁵

5.2. ETIOLOGÍA.

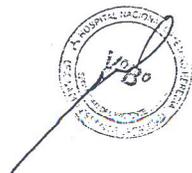
Los factores etiológicos incluyen la congestión vascular y prolapso de la mucosa, ello condicionado por un aumento de la presión intraabdominal.²

5.3. FISIOPATOLOGÍA.

La congestión vascular podría derivar del esfuerzo prolongado o el aumento de la presión intra-abdominal debido a ascitis, obesidad o embarazo. El prolapso de la mucosa puede desarrollarse secundario a la alteración del esfínter interno o como consecuencia del envejecimiento, haciendo que las estructuras anatómicas que apoyan la muscularis de la submucosa se debiliten, lo que conduce al prolapso de tejido hemorroidal. Múltiples estudios han demostrado una elevada presión de reposo anal en pacientes con hemorroides. Se desconoce si la presión de reposo elevada es causada por, o es debido a las hemorroides agrandadas, pero el tono en reposo se convierte en normal después de una hemorroidectomía.^{2,3}

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

La prevalencia de la enfermedad hemorroidal, según los diferentes estudios y la edad de la población estudiada, es muy variable y oscila entre el 4 y el 86%.³



La tasa de prevalencia estimada de las hemorroides sintomáticas en los Estados Unidos es del 4,4% de la población adulta, más de un millón de personas al año se ven afectadas por las condiciones hemorroidales.⁵

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.^{3,5,6}

Herencia: Aunque el nivel de evidencia es bajo, ciertas familias están predispuestas a presentar hemorroides.

Anatómicos: Durante la defecación, el conducto anal se abre a la presión atmosférica, lo que aunado a la distensión del paquete hemorroidal, provocará enfermedad hemorroidal si hay un debilitamiento en el sistema de fijación de estas estructuras.

Profesionales: Las personas que permanecen largo periodo de pie, sentadas o realizan esfuerzos físicos constantes, están más predispuestas al desarrollo de la enfermedad hemorroidal.

Diarrea – Estreñimiento: Producen esfuerzo que condiciona dilatación del paquete hemorroidal.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO.

6.1.1. Signos y síntomas.

Hemorragia transanal:^{3,7}

- ✓ Suele ser el primer síntoma.
- ✓ Puede ser en goteo o en chorro durante la defecación (manchando el papel de aseo) o es estrías sobre el bolo fecal.
- ✓ Es de coloración rojo brillante, de presentación periódica y progresiva.
- ✓ Se presenta generalmente durante la defecación, aunque en etapas tardías puede ser sin relación a las evacuaciones.

Prurito anal:⁸

- ✓ Generalmente es periódico, se acentúa con la defecación.
- ✓ Se produce por secreción, consecuencia de la irritación de la mucosa.

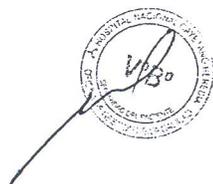
Dolor:⁶

- ✓ Suele ser intenso cuando hay trombosis, ya sea única o múltiple, en tal caso es de aparición súbita.
- ✓ Se presenta cuando están comprometidas las hemorroides externas.

Prolapso:⁷

- ✓ Generalmente es un signo tardío.
- ✓ Al inicio se reduce espontáneamente, en el último grado se vuelve irreductible.

Anemia:³



- ✓ Se produce cuando la hemorragia es abundante o constante, puede acompañarse de palidez, mareo, disnea y palpitations, que están en relación directa al grado de anemia.

Masas palpable:³

- ✓ Están en relación al desarrollo de los plexos hemorroidales.
- ✓ Se deben distinguir de los colgajos cutáneos que son tumoraciones anales, producidos por cuadros transitorios de distensión de la piel perianal.

Examen físico:

Se puede colocar al paciente en posición genupectoral o de Sims (lateral izquierdo). La inspección externa incluye la observación de la región perianal, periné y región sacrocoxígea.^{5,6}

- ✓ Las hemorroides grados III y IV se reconocen fácilmente como formaciones o tumoraciones, que se proyectan con el esfuerzo a la maniobra de Valsalva, generalmente están cubiertas de piel y mucosa de color rojo violáceo.^{3,7}
- ✓ En las hemorroides grado II no existe proyección de la mucosa, pero la porción hemorroidal cubierta de piel puede ser evidente en el orificio anal como tumoraciones laxas, las que al traccionar hacia el exterior producirán poco prolapso de la mucosa rectal que permita valorar el grado de dilatación hemorroidal.¹
- ✓ Las hemorroides de grado I no suelen producir anomalía alguna en la región anal que pueda ser apreciada por simple inspección.³
La palpación no da datos significativos en el caso de la enfermedad hemorroidal, a menos que el prolapso sea evidente. Un tacto rectal es útil para descartar tumores en la parte baja del recto.^{5,7}

6.2. DIAGNÓSTICO.

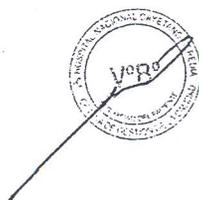
6.2.1. Criterios de diagnóstico.

El diagnóstico se realizará mediante una historia clínica y una exploración adecuadas.

Un examen detallado de la zona ano-rectal es necesario. La inspección se realiza mediante la retracción suave de los glúteos. El color o el estado de la piel deben ser examinados para buscar alteraciones tales como edema, induración, fisura, secreciones.³

Las hemorroides internas son generalmente difíciles de palpar a menos que estén trombosadas o muy grandes. Un anoscopio se utiliza para visualizar las hemorroides internas. Un examen completo del colon con un enema de bario o colonoscopia se considera si no hay hallazgos compatibles de la enfermedad hemorroidal, sobre todo en pacientes mayores de 40 años.^{3,8}

6.2.2. Diagnóstico diferencial.³



- ✓ Prolapso mucoso.
- ✓ Procidencia del recto.
- ✓ Pólipos.
- ✓ Papila hipertrofiada.
- ✓ Hemorroides centinela.
- ✓ Condiloma acuminado.
- ✓ Tumor veloso.
- ✓ Cáncer ano-rectal.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES.

6.3.1. De patología clínica.

- ✓ *Hemograma completo.*
- ✓ *Perfil de coagulación.*
- ✓ *Creatinina sérica.*
- ✓ *Examen de orina.*

6.3.2. Otros exámenes especializados.

- ✓ Anoscopia, proctoscopia: Sirven para confirmar el diagnóstico y deberán ser realizadas por un médico capacitado.^{5,8}

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas.

La mayoría de los pacientes con patología hemorroidal pueden ser tratados exitosamente mediante medidas no quirúrgicas, sin embargo, hay un grupo de pacientes que pueden requerir de tratamiento quirúrgico. La cirugía se recomienda de inicio, en pacientes con patología colorrectal asociada.^{3,7}

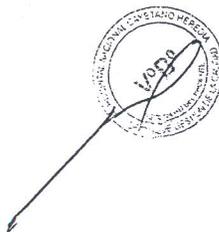
Tratamiento de los síntomas hemorroidales:

El tratamiento inicial de los síntomas hemorroidales consiste en medidas generales conservadoras (higiénico-dietéticas y de estilo de vida) dirigidas principalmente a combatir el estreñimiento y disminuir los síntomas locales. Cuando los síntomas no mejoran con estas medidas se dispone de tratamientos farmacológicos y quirúrgicos.^{5,8}

6.4.2. Terapéutica.

Tratamiento Médico:⁸

- ✓ Medidas higiénico dietéticas y evitar el sedentarismo.
- ✓ Dieta rica en fibra e ingesta abundante de líquidos.
- ✓ Suplementos de fibra, baños de asiento con agua templada.
- ✓ Corticoides y anestésicos tópicos; se recomienda no usarlos durante más de 5-7 días.



Tratamiento Quirúrgico:

Las técnicas de cirugía menor son aplicables en la enfermedad hemorroidal grados I a III. Dichas técnicas son la fotocoagulación, la criocirugía y la ligadura con bandas elásticas. Estas técnicas locales inducen la cicatrización y la fijación de las hemorroides a los tejidos subyacentes. Estos procedimientos se realizan generalmente en el consultorio, no requieren anestesia.^{3,8}

La *hemorroidectomía* está indicada en las hemorroides grado IV, y en pacientes que no responden a técnicas de cirugía menor. Las técnicas de hemorroidectomía, tanto abiertas como cerradas, obtienen resultados igualmente buenos a largo plazo. Varios ensayos aleatorios han comparado ambas técnicas con resultados inconsistentes.^{12,13}

Para la realización del procedimiento quirúrgico se requiere anestesiarse al paciente, ya sea de forma local asociada a sedación, general o regional.¹²

- ✓ **Hemorroidectomía abierta:** Técnica descrita por primera vez por *Milligan-Morgan*; comprende la resección de todo el complejo hemorroidal interno agrandado, la ligadura del pedículo arterial y la conservación del anodermo interpuesto. El anodermo distal y la piel externa se dejan abiertos para su cicatrización por segunda intención.^{9,10}
- ✓ **Hemorroidectomía cerrada:** Técnica descrita por *Ferguson*; se lleva a cabo una escisión con forma de reloj de arena (centrado en la porción media del anodermo) de todo el complejo hemorroidal interno/externo, con conservación de los esfínteres anales interno y externo, y cierre primario de la herida.^{10,12}

La *hemorroidopexia* con grapas, también llamada Procedimiento para Prolapso y Hemorroides (PPH), es una técnica que reduce el prolapso del tejido hemorroidal mediante el uso de un dispositivo intraluminal de grapado circular para quitar un anillo redundante de la mucosa y submucosa del canal anal superior, lo que reduce el prolapso del tejido hemorroidal en el canal anal y lo fija en su posición. El flujo hemorroidal que atraviesa el segmento extirpado está también interrumpido, disminuyendo así la vascularización. En comparación con la hemorroidectomía convencional, el PPH afecta pocas terminaciones nerviosas, lo que resulta en menos dolor postoperatorio.¹⁰

Preparación preoperatoria: las operaciones pueden realizarse estando el paciente hospitalizado (si presenta alguna comorbilidad importante o en casos de hemorroides de gran tamaño) o por cirugía ambulatoria (en la mayoría de los pacientes de nuestra institución). Los pacientes son preparados con enemas evacuantes desde la noche anterior y en la mañana de la operación para lograr la limpieza total del recto.⁸

Cuidados postoperatorios



- ✓ Se medica al paciente con analgésicos y antiinflamatorios para evitar dolor posquirúrgico.
- ✓ Reposo absoluto o relativo en dependencia de la anestesia empleada, para evitar cefalea post-raquídea y sangrado anal.
- ✓ Curaciones en dependencia al tipo de cirugía, asistiendo a controles por consultorio externo una o dos veces por semana dependiendo de la evolución.

Instrucciones para el paciente de alta:

- ✓ No se rasque o frote el área anal.
- ✓ Lave el área anal con agua solamente. No use jabón o sal al lavar el área anal. Seque bien el área después de la limpieza con una toalla suave o con un secador de cabello con aire frío.
- ✓ Baños de asiento con agua tibia durante 10 a 15 minutos, 2 a 3 veces por día.
- ✓ Coma una dieta alta en fibra que incluya 8-10 vasos de agua al día.
- ✓ Evite los alimentos que incluyen picantes, alimentos cítricos, café, cerveza, frutos secos, productos lácteos, tomates.
- ✓ Si presentara sangrado importante, acudir por emergencia.
- ✓ Evitar esfuerzo físico durante el periodo de cicatrización.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento.

Reacciones alérgicas a los medicamentos, en caso los pacientes sean alérgicos a los analgésicos y/o anestésicos administrados; para evitar ello se deberá indagar bien estos antecedentes en la anamnesis.

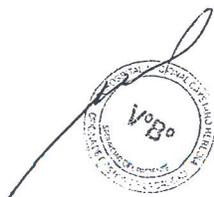
6.4.4. Signos de alarma.

Dolor intenso y sangrado profuso en la región anal, asociado o no a descompensación hemodinámica son signos de cuidado especialmente en los pacientes postoperados de hemorroidectomía; requieren de una atención y estabilización inmediata e incluso ingreso a sala de operaciones de emergencia en caso se requiera hacer hemostasia en el lecho operatorio.

6.4.5. Criterios de alta.

Ya que los pacientes manejados en nuestra institución con fisura anal, generalmente son sometidos a cirugía ambulatoria, serán dado de alta si presentan:

1. Estabilidad hemodinámica.
2. Ausencia de fiebre.
3. Ausencia de sangrado en zona operatoria.



Así mismo anestesiología dará el alta correspondiente a su especialidad, previa evaluación del estado del paciente.

6.4.6. Pronóstico.

En general es bueno.

6.5. COMPLICACIONES.

Complicaciones Agudas:

Trombosis hemorroidal:

Se caracteriza por la aparición de un aumento de volumen muy doloroso y sensible al tacto, en la zona externa del margen anal. Su consistencia depende del grado de coagulación intrahemorroidal y del edema local.⁸

En el examen físico destaca un aumento de volumen indurado en la zona externa al margen anal, de coloración más oscura. Es dolorosa a la palpación. En general no se asocia a fiebre ni síntomas sistémicos.^{8,11}

El tratamiento inicial depende del tiempo de evolución, síntomas asociados y preferencia del paciente.⁸

El tratamiento médico, incluye reposo, medidas dietéticas (aumento de fibra de la dieta, ingesta adecuada de líquidos), uso de baños de asiento con agua tibia a caliente, evitar traumatizar la zona con el uso de papel higiénico, analgésicos por vía oral y control posterior.⁸

El tratamiento quirúrgico, que consiste en el drenaje y trombectomía del paquete hemorroidal comprometido, se reserva para los casos de menos de 24 horas de evolución o en los pacientes intensamente sintomáticos. La trombectomía acorta el período sintomático, con la desaparición inmediata del dolor.¹³

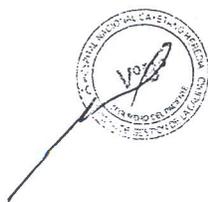
Fluxión hemorroidal:

Cuadro producido por el prolapso e inflamación aguda de los paquetes hemorroidales internos y externos. Aparece en forma brusca, después de un período de constipación o diarrea, es muy doloroso, con gran aumento de volumen perianal. Se asocia a hipertonia anal secundaria, la cual autopropetua el problema.^{8,11}

Al examen se aprecia el prolapso hemorroidal interno encarcelado, con edema importante y trombosis en grado variable.⁹

El tratamiento de elección es médico, con reposo y hospitalización en los casos más severos, uso de baños de asiento calientes como relajante muscular local y antiinflamatorio local, antiinflamatorios y analgésicos orales o endovenosos y en casos de mayor riesgo por comorbilidades asociadas, antibióticos, preferentemente Metronidazol y ciprofloxacino.⁸

En caso de no ceder con tratamiento médico, debe indicarse cirugía, la cual consiste en la reducción bajo anestesia del prolapso, esfinterotomía lateral interna y ligadura alta hemorroidal. Sólo se indica hemorroidectomía en presencia de paquetes con necrosis local, ya que habitualmente el compromiso inflamatorio va mas allá de los límites de



los paquetes hemorroidales, lo cual implica riesgo de estrechez anal post operatoria. Por lo cual la resección hemorroidal debe ser muy conservadora.¹¹

Sangrado por hemorroides internas:

Puede producirse tanto por erosión de los paquetes hemorroidales como por la compresión en el canal anal asociado al prolapso hemorroidal interno. El sangrado hemorroidal es de tipo arterial y de ser muy importante requerirá tratamiento quirúrgico de emergencia según las técnicas descritas.⁸

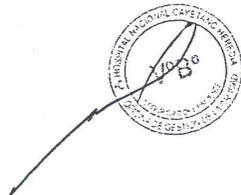
Complicaciones Postoperatorias⁴ (ver anexo 3):

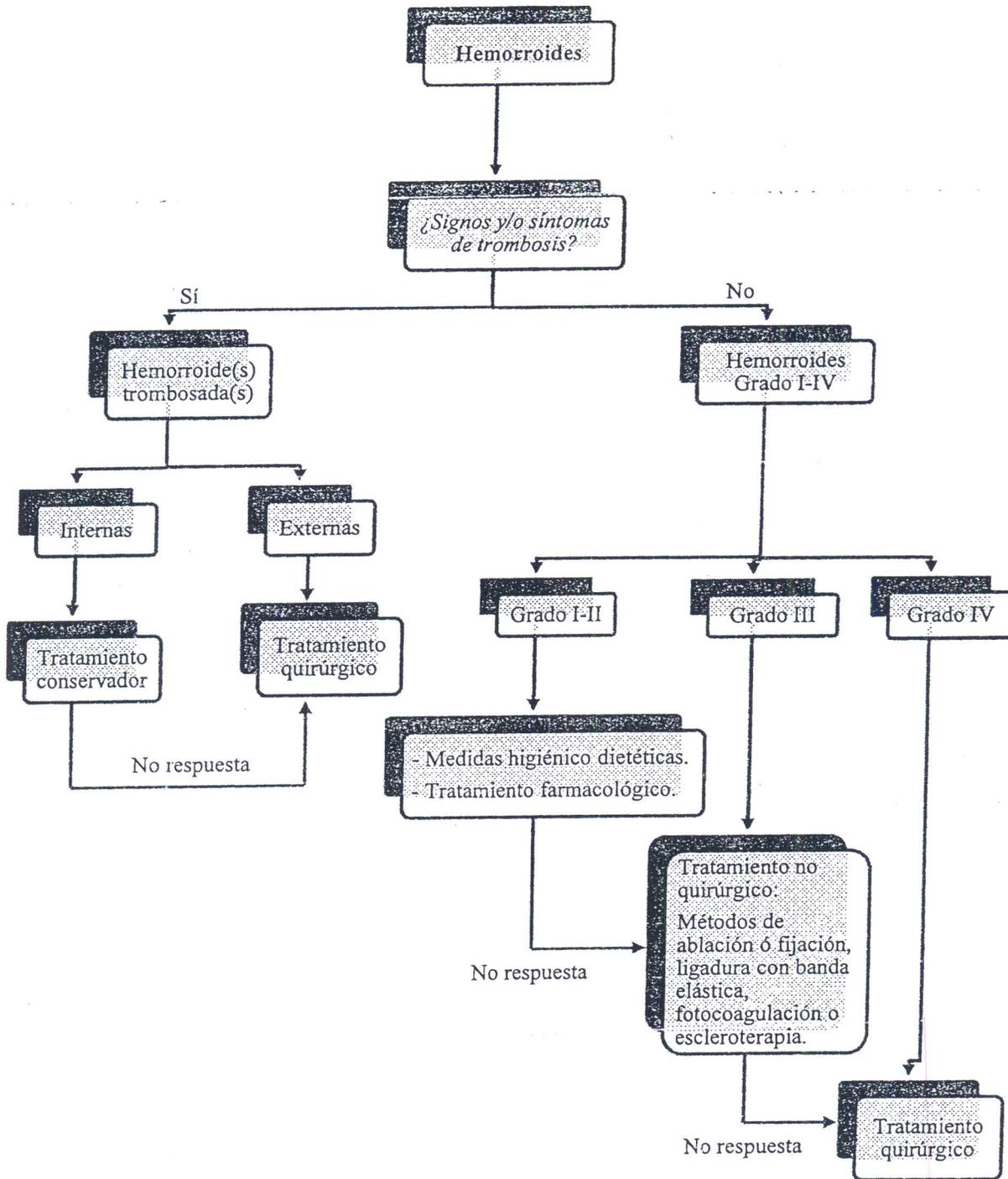
- ✓ *Dolor*, es la complicación más frecuente.
- ✓ *Retención urinaria*, es una complicación frecuente después de la hemorroidectomía, con una incidencia que varía entre el 1-52%.
- ✓ *Sangrado postoperatorio temprano (menos de 24horas)*, se produce en alrededor del 1% de los pacientes, requiere regresar nuevamente al quirófano para realizar hemostasia adecuada.
- ✓ *Sangrado postoperatorio tardío (5 a 10 días después)*, aparece en el 0,5 a 4% de los casos.
- ✓ *Estenosis anal*.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

Todos los pacientes con enfermedad hemorroidal serán manejados en nuestra institución, se derivarán a las especialidades correspondientes en caso presenten patologías de fondo.

6.7. FLUXOGRAMA DE MANEJO DEL PACIENTE CON HEMORROIDES

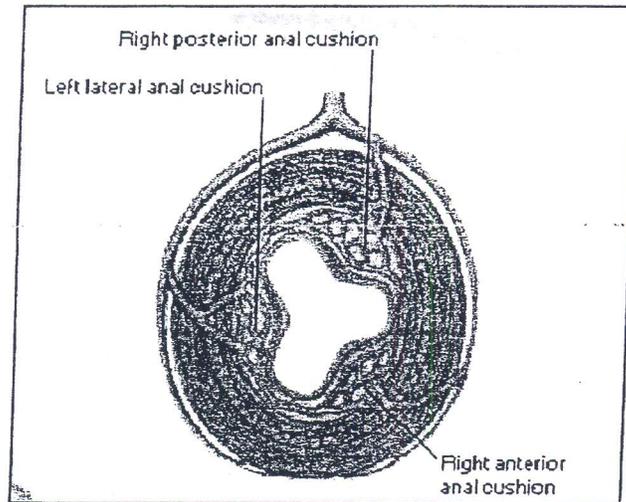




VII. ANEXOS.



1. Localización de los paquetes hemorroidales.



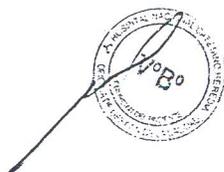
2. Clasificación de las hemorroides internas.

Grado	Síntomas	Signos
I	Hemorragia	Vasos hemorroidales eminentes. Sin prolapso y mínima dilatación venosa.
II	Hemorragia	Prolapso con Valsalva y reducción espontánea.
III	Prurito, hemorragia y prolapso	Prolapso con Valsalva y requiere reducción digital.
IV	Prurito, hemorragia y prolapso	Prolapso crónico y reducción digital inefectiva.

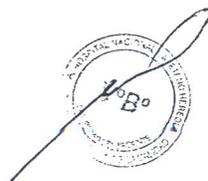
3. Complicaciones comunes del tratamiento de las hemorroides.

Dolor
Retención urinaria
Hemorragia
Estreñimiento
Fisuras
Abscesos
Pseudopólipos
Estenosis anal
Fistulas, fistula rectovaginal
Sepsis
Perforación rectal
Incontinencia

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.



1. Cataldo P, Ellis CN, Gregorcyk S, Hyman N, Buie WD, Church J, Cohen J. Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised). *Dis Colon Rectum* 2005; 48 (2): 189 – 94.
2. Milsom JW. Hemorrhoidal disease. In: Beck DE, Wexner SD, editors. *Fundamentals of Anorectal Surgery*. New York: McGraw-Hill Inc., 1992; 192-214.
3. Moonkyung C, Subbaramiah S, Robert R, Steven D. What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders. *World J Gastroenterol* 2009 July 14; 15(26): 3201-3209.
4. Kaidar-Person O, Person B, DWexner S. Hemorrhoidal Disease: A Comprehensive Review. *Journal of American College of Surgeons* 2007 Vol. 204, No. 1: 102-117.
5. Rivadeneira D, Steele S, Ternent C, Chalasani S, Buie D, Rafferty J. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids. *Dis Colon Rectum* 2011; 54: 1059–1064.
6. Tjandra JJ, Chan MK. Systematic review on the procedure for prolapse and hemorrhoids (stapled hemorrhoidopexy). *Dis Colon Rectum*. 2007;50:878–892.
7. Coello P, Rigau D, Solà I. Manejo del paciente con rectorragia: Guía de práctica clínica. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Elsevier Doyma. Barcelona 2007.
8. Coello A, Castillejo M. Office evaluation and treatment of hemorrhoids. *J Fam Pract* 2003;52:366-74.
9. Lan P, Wu X, Zhou X, Wang J, Zhang L. The safety and efficacy of stapled hemorrhoidectomy in the treatment of hemorrhoids: a systematic review and meta-analysis of ten randomized control trials. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:172-8.
10. Gravie J, Lehur P, Hutten N, Papillon M, Fantoli M, Descottes B. Stapled hemorrhoidopexy versus milligan-morgan hemorrhoidectomy: a prospective, randomized, multicenter trial with 2-year post-operative follow-up. *Ann Surg* 2005;242:29-35.
11. Wainstein C, Zárate A. Urgencias proctológicas. Unidad de Coloproctología, Departamento Cirugía Adultos Clínica Las Condes. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2011; 22(5) 677-684.
12. Babaikere M, Huang H, Re W. How we can improve patients' comfort after Milligan-Morgan open haemorrhoidectomy. *World J Gastroenterol* 2011; 17:1448-56.
13. Chen J, You J. Current status of surgical treatment for hemorrhoids-systematic review and meta-analysis. *Chang Gung Med J* 2010; 33: 488-500..



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS ANORRECTALES.

I. FINALIDAD.

Establecer un referente a nivel hospitalario para orientar la toma de decisiones clínicas y quirúrgicas en los pacientes con diagnóstico de Fístula anorrectal.

II. OBJETIVO.

Reconocer el cuadro clínico de los pacientes con fístula anorrectal.

Establecer el diagnóstico correcto de acuerdo a los hallazgos clínicos y exámenes auxiliares.

Conocer las medidas terapéuticas a seguir de acuerdo al tipo de fístula anorrectal encontrada.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Hospital Nacional Cayetano Heredia.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

Diagnóstico y Tratamiento de las Fístulas Anorrectales.

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO.

Fístula anal	CIE10: K60.3
Fístula rectal	CIE10: K60.4
Fístula anorrectal	CIE10: K60.5

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIÓN.

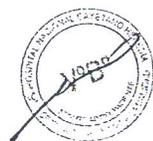
Las fístulas anorrectales son un proceso crónico secundario a la presencia de abscesos a este nivel.¹

La fístula anal se define como 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 o externo.^{1,2}

Clasificación:

Clasificación de acuerdo con los elementos que la integran o involucra:

- ✓ Simple: Es aquella con un trayecto único entre el orificio primario y secundario.²
- ✓ Compleja: Para algunos cirujanos es aquella que tiene trayectos y orificios fistulosos secundarios múltiples, las que han sido tratadas quirúrgicamente más de una vez o las que no son de origen criptoglandular. Actualmente se considera que



es toda aquella cuyo trayecto, al ser abordado quirúrgicamente, requiere la sección del aparato esfinteriano y, por tanto, compromete la continencia fecal.^{3,5}

- ✓ Complicada: Es aquella en la cual el trayecto fistuloso va desde el orificio primario hacia otro órgano involucrado (por ejemplo: vagina o uretra masculina).⁵

Clasificación por sus características propias:³

- ✓ Completa.
- ✓ Incompleta.

Clasificación de Parks: según su relación con los esfínteres^{1,3} (ver anexo 1):

- ✓ Interesfinteriana: El trayecto atraviesa solo el esfínter anal interno.
- ✓ Intraesfinteriana o Transesfinteriana: El trayecto atraviesa ambos esfínteres.
- ✓ Supraesfinteriana: El trayecto atraviesa por encima del esfínter externo, en el puborrectal.
- ✓ Extraesfinteriana: El trayecto va por fuera de los esfínteres.

5.2. ETIOLOGÍA.

Aunque existen abscesos y fístulas de etiología específica, se acepta en general que, en la inmensa mayoría de los casos (más del 90% según Parks), la etiología es criptoglandular e inespecífica y consiste en la infección de las glándulas anales, cuyo cuerpo glandular se halla en el espacio interesfinteriano a nivel de la línea pectínea, y desde donde la infección puede extenderse a través de diferentes espacios anorrectales.⁶

5.3. FISIOPATOLOGÍA.

La extensión de la infección de la glándula anal puede ocurrir en 3 direcciones. La primera hacia abajo para formar un absceso perianal en la etapa aguda y una fístula interesfintérica en la fase crónica. La segunda es lateral, penetrando el esfínter externo para crear un absceso isquio-rectal en la fase aguda y una fístula transesfintérica en la crónica. La tercera y más rara, es hacia arriba, para establecer un absceso pélvico en el espacio supraelevador o un absceso intramuscular alto, dependiendo de la relación que guarde la glándula infectada con el músculo longitudinal.^{6,7}

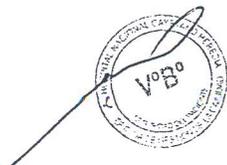
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Existen pocos datos acerca de su prevalencia, aunque supone entre el 10 % y el 30 % de las intervenciones coloproctológicas.⁷

En general afecta a adultos entre 20 y 60 años de edad, con predominio del sexo masculino.⁹

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.¹⁰

- ✓ Diabetes Mellitus o antecedentes familiares de Diabetes Mellitus.
- ✓ Obesidad.



- ✓ Postrado crónico.
- ✓ Traumatismos.
- ✓ Ingestión de cuerpos extraños.
- ✓ Antecedentes de fisura anal crónica.
- ✓ Radioterapia.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO.

6.1.1. Signos y síntomas.^{7,8}

El paciente puede referir:

- ✓ Drenaje.
- ✓ Sangrado.
- ✓ Dolor con la defecación o la actividad sexual.
- ✓ Diarrea.

Exploración física:

El orificio secundario (externo) frecuentemente se observa como un área pequeña invaginada de tejido de granulación con salida de material purulento o sangre a la compresión digital.¹²

Una estructura pequeña como cordón puede ser palpada hacia el conducto anal lo que representa el trayecto fistuloso. La exploración digital (tacto rectal), puede identificar el orificio primario (interno) y la presencia de trayectos fistulosos secundarios.

La identificación correcta del orificio fistuloso primario es la clave para el tratamiento correcto de la enfermedad.¹³

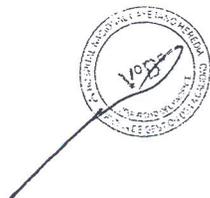
6.2. DIAGNÓSTICO.

6.2.1. Criterios de diagnóstico.

El diagnóstico se basa en la anamnesis y examen físico con la ayuda de exámenes auxiliares en caso sea necesario. Es importante determinar con precisión el trayecto de la fístula antes de la terapia quirúrgica. El riesgo de cicatrización incompleta, una fístula recurrente o incluso lesiones del esfínter involuntario aumenta si la anatomía de la fístula está mal delimitada. Aunque la correlación varía en la literatura, entre el 45% -95% de las fístulas se rigen mediante la regla de Goodsall (ver anexo 2). El examen bidigital con el dedo índice en el canal anal y el pulgar en la parte externa, puede permitir la identificación del trayecto fistuloso como una lesión similar a un cordón debajo de la piel.^{8,9}

6.2.2. Diagnóstico diferencial.⁹

- Hidrosadenitis.
- Seno pilonidal.



- Bartholinitis.

6.3. EXÁMENES AUXILIARES.^{5,11}

6.3.1. De patología clínica.

- ✓ Hemograma completo.
- ✓ Perfil de coagulación.
- ✓ Creatinina sérica.
- ✓ Examen de orina.
- ✓ Serología (HIV).

6.3.2. Imágenes.

En fistulas complejas y complicadas es recomendable:

- *Fistulografía contrastada*: Para determinar el segmento afectado.
- *Ultrasonido endoanal*, instilando peróxido de hidrógeno por orificio fistuloso más accesible.
- *Tomografía axial computarizada*: Útil en fistulas secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal.
- *Resonancia magnética*: Es actualmente considerado el estándar de oro en fistulas complejas y recidivantes.

Si presenta otras enfermedades asociadas se indicaran los exámenes e interconsultas correspondientes.

6.3.3. Otros exámenes especializados.

Anoscopia y Proctoscopia: Son complementos importantes en la exploración física de los pacientes con fístula anal. Documentan la localización del orificio primario y la presencia de otras enfermedades (En pacientes con sospecha de Enfermedad Inflamatoria Intestinal se debe realizar colonoscopia).

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas.

Los objetivos del tratamiento de la fístula anorrectal son:⁹

- Eliminar el foco séptico y cualquier trayecto fistuloso.
- Realizar dicho procedimiento con la mínima afectación funcional (continencia anal).

Preparación preoperatoria: De acuerdo al tipo de fístula y a la presencia de patologías de fondo, las operaciones pueden realizarse estando el paciente hospitalizado o por cirugía ambulatoria (en la mayoría de los pacientes de nuestra institución).

Los pacientes son preparados con enemas evacuantes desde la noche anterior y en la mañana de la operación para lograr la limpieza total del recto.¹²



6.4.2. Terapéutica.

Tratamiento de acuerdo al tipo de fistula:

Fístula Anorrectal Simple:

- ✓ Fistulectomía.
- ✓ Fistulotomía.

El paso más importante de la cirugía de fistula anorrectal es la identificación del orificio primario, el trayecto fistuloso y el orificio secundario.¹³

El porcentaje de recurrencia posterior a fistulotomía es generalmente entre el 2% y el 9% y con alteración funcional entre el 0% al 17%.⁶

A pesar de índices de recurrencia semejantes entre la fistulotomía y la fistulectomía, ésta última resulta con heridas quirúrgicas más grandes, que tardan más en cicatrizar y que dan un índice más alto de incontinencia.⁸

Fístula Anorrectal Compleja:

No existe un tratamiento estándar para las fistulas complejas⁹. Se puede realizar:

- ✓ Fistulotomía.
- ✓ Fistulectomía.
- ✓ Cierre del orificio primario con una disección avanzada de un colgajo de la mucosa y submucosa rectal.
- ✓ Fistulotomía por etapas según la Técnica de Setón (ver anexo 3)^{4,7}
- ✓ No se recomienda cirugía en las fistulas por Enfermedad de Crohn no sintomáticas.
- ✓ En los pacientes con algún riesgo de incontinencia se debe de realizar preferiblemente legrado del trayecto, cierre del orificio primario, colocación de sello de fibrina y colgajo de mucosa.⁸

Fístula Anorrectal Complicada:

Se determinará el proceder quirúrgico en discusión colectiva del servicio y se invitarán a la misma otros especialistas en correspondencia con el órgano vecino involucrado consensuando el proceder.

En fistulas específicas, es importante obtener información adicional del conjunto de estructuras pélvicas involucradas.

Cuidados postoperatorios

- ✓ Se medica al paciente con analgésicos y antiinflamatorios para evitar dolor postquirúrgico.
- ✓ Reposo absoluto o relativo en dependencia de la anestesia empleada, para evitar cefalea post-raquídea y sangrado anal.
- ✓ Curaciones en dependencia al tipo de cirugía, asistiendo a controles por consultorio externo una o dos veces por semana dependiendo de la evolución.

Instrucciones para el paciente de alta:

- ✓ No se rasque o frote el área anal.



- ✓ Lave el área anal con agua solamente. No use jabón o sal al lavar el área anal. Seque bien el área después de la limpieza con una toalla suave o con un secador de cabello con aire frío.
- ✓ Baños de asiento con agua tibia durante 10 a 15 minutos, 2 a 3 veces por día.
- ✓ Dieta alta en fibra que incluya 8-10 vasos de agua al día.
- ✓ Evite los alimentos que incluyen picantes, alimentos cítricos, café, cerveza, frutos secos, productos lácteos, tomates.
- ✓ Si presentara sangrado importante, acudir por emergencia.
- ✓ Evitar esfuerzo físico durante el periodo de cicatrización.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento.

Reacciones alérgicas a los medicamentos, en caso los pacientes sean alérgicos a los analgésicos y/o anestésicos administrados; para evitar ello se deberá indagar bien estos antecedentes en la anamnesis.

6.4.4. Signos de alarma.

La presencia de incontinencia anal en el preoperatorio.

En el postoperatorio, dolor intenso y sangrado en el lecho operatorio; fiebre, signos de flogosis en la región anal.

6.4.5. Criterios de alta.

Ya que los pacientes manejados en nuestra institución con fístula anorrectal, generalmente son sometidos a cirugía ambulatoria, serán dado de alta si presentan:

1. Estabilidad hemodinámica.
2. Ausencia de fiebre.
3. Ausencia de sangrado en zona operatoria.

Así mismo anestesiología dará el alta correspondiente a su especialidad, previa evaluación del estado del paciente.

6.4.6. Pronóstico.

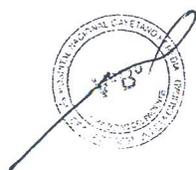
Depende del tipo de fístula y de la presencia de otras enfermedades de fondo, las cuales incrementan la morbilidad en éstos pacientes.

6.5. COMPLICACIONES.¹⁴

Las complicaciones perioperatorias no difieren de las otras intervenciones anales. Las principales complicaciones son la retención urinaria y el sangrado postoperatorio.

Las tasas de infección local postoperatoria son entre el 5% y el 20%.

La incontinencia anal es una complicación frecuente después de las operaciones de fístula anal, el riesgo aumenta con la cantidad de esfínter que se ha dividido.

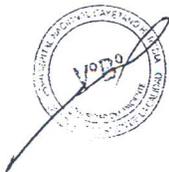


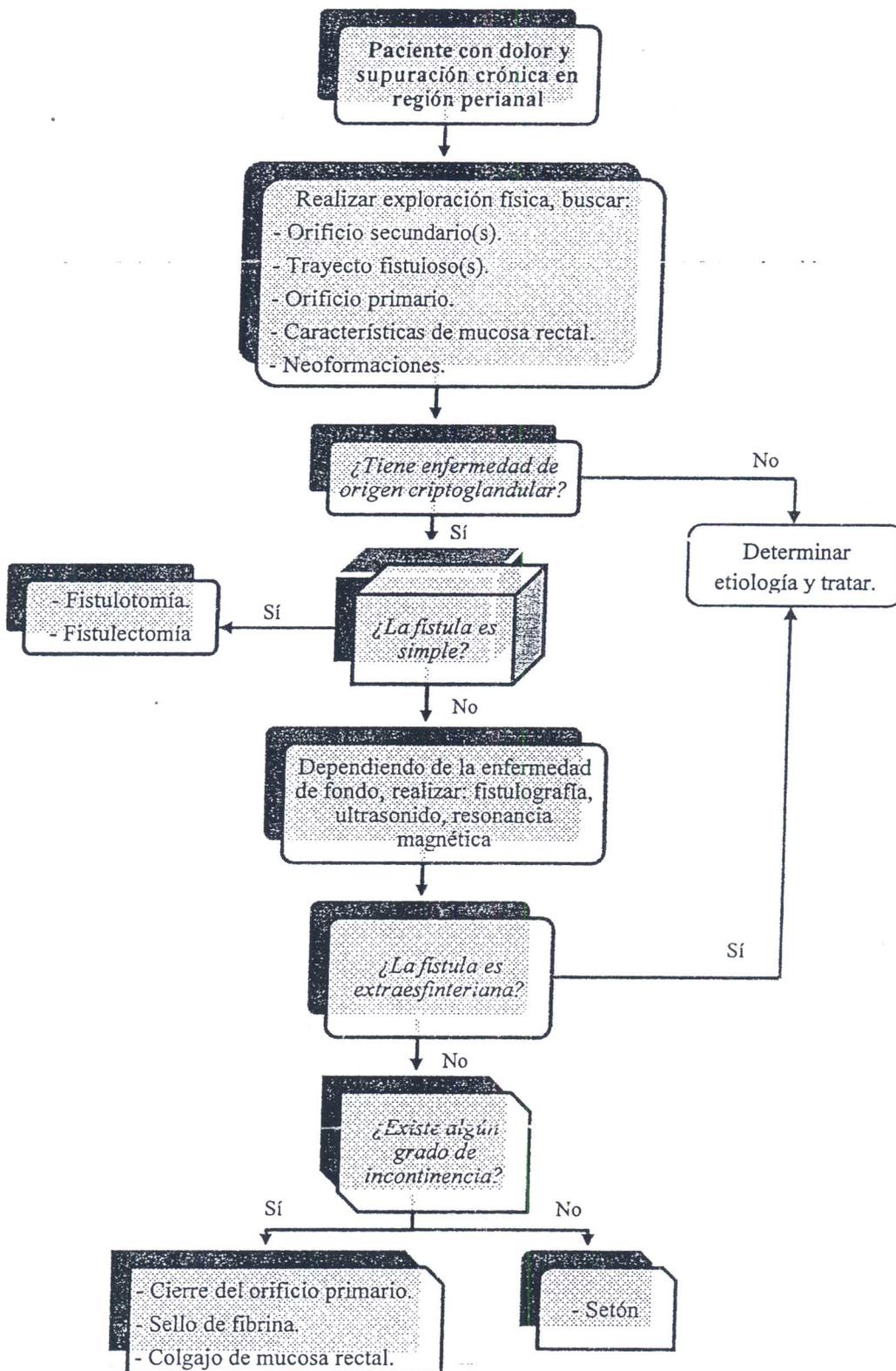
Las tasas de incontinencia anal se reportan como hasta en el 50% en fístulas complejas altas.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

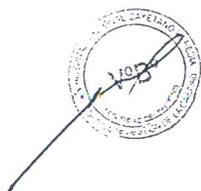
Todos los pacientes con fístula anorrectal serán manejados en nuestra institución. Serán manejados conjuntamente con la especialidad correspondiente, los pacientes que presenten fístulas anorrectales complicadas.

6.7. FLUXOGRAMA DE MANEJO DEL PACIENTE CON FÍSTULA ANORRECTAL

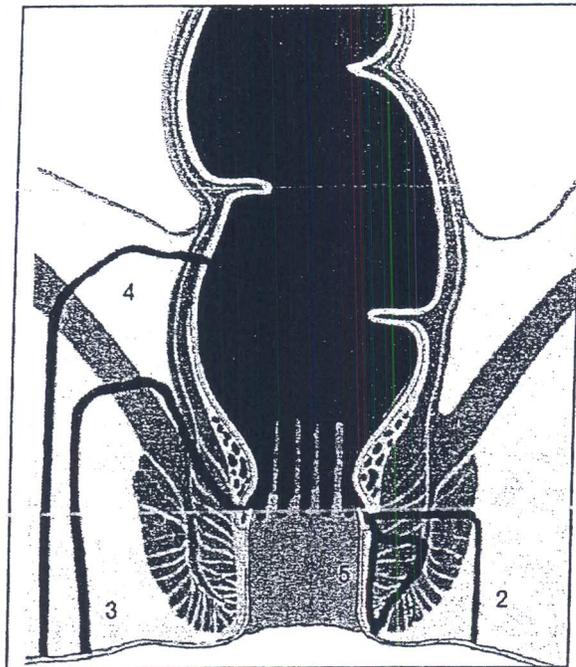




VII. ANEXOS.

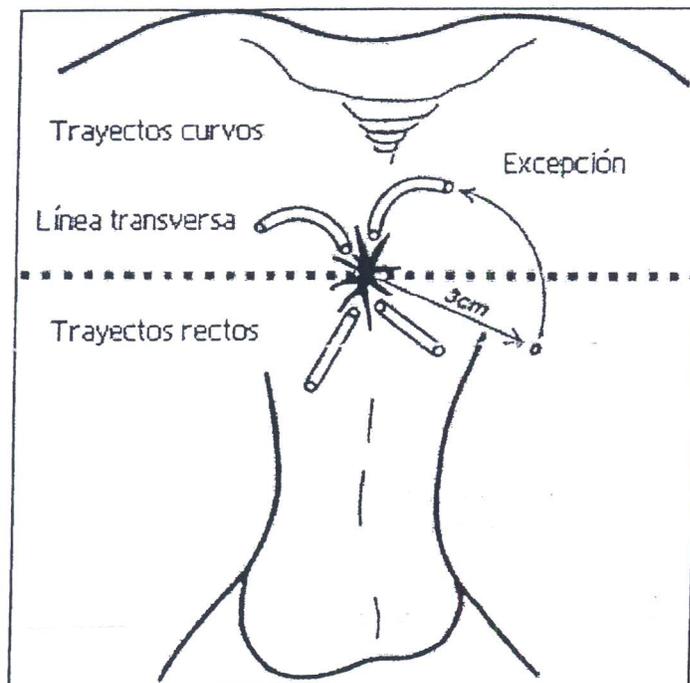


1. Clasificación de las fistulas anales. 1: interesfinterianas, 2: transesfinterianas, 3: supraesfinterianas, 4: extraesfinterianas, 5: subanodermal.

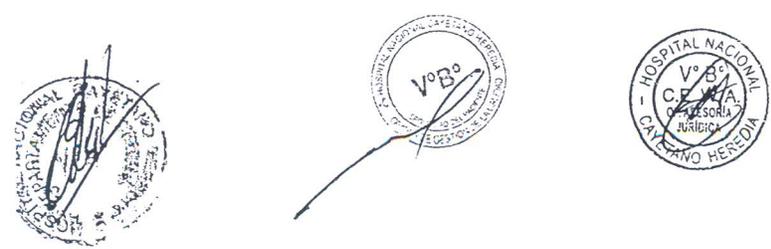


2. Regla de Goodsall para las fistulas anorrectales.

- Orificios anteriores: Trayecto recto.
- Orificios posteriores: Trayecto curvo (a una cripta posterior media).

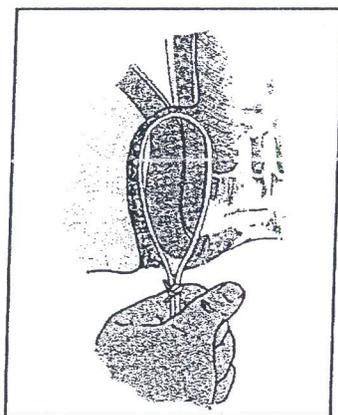


3. Técnica de Setón para el tratamiento de las fistulas complejas.



Se introduce un estilete por el orificio fistuloso secundario, pasándolo con presión muy leve que permita el paso del instrumento hasta su salida por el orificio fistuloso primario; en ningún momento debe ser forzado, para evitar la creación de trayectos falsos.

Se hace una incisión en la piel, de extremo a extremo de la fistula, siguiendo el trayecto fistuloso ya identificado con el estilete; se profundiza el corte con bisturí o electrobisturí hasta el esfínter anal interno y externo, sin seccionarlos. Se ata el setón de silástico a uno de los extremos del estilete, que se tracciona hasta retirarlo, con lo que queda colocado el setón en el trayecto fistuloso rodeando ambos esfínteres anales, por último los extremos se anudan con seda y el setón queda como un anillo.



Técnica de setón.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.



1. Whiteford M, Kilkenny J, Hyman N, Buie W, Cohen J, Orsay C, Dunn G. Practice parameters for the treatment of perianal abscess and fistula-in-ano (revised). *Dis Colon Rectum* 2005 Jul;48(7):1337-42.
2. Champagne B, O'Connor L, Ferguson M, Orangio G, Schertzer M, Armstrong D. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas: long-term follow-up. *Dis Colon Rectum*. Dec 2006; 49(12):1817-21.
3. Browder S, Sweet A, Kaiser M. Modified Hanley procedure for management of complex horseshoe fistulae. *Tech Coloproctol* (2009) 13:301–306.
4. Charua-Guindic L y col. Setón de corte en el tratamiento de la fistula anal compleja. *Cir Ciruj* 2007; 75: 351-356.
5. Navarro A, Martí M, García-Domingo M, Gómez R, Marco C. Diagnóstico y tratamiento de las fistulas anorrectales complejas. *Cir Esp* 2004;76(3):142-8.
6. Moonkyung C, Subbaramiah S, Robert R, Steven D. What every gastroenterologist needs to know about common anorectal disorders. *World J Gastroenterol* 2009 July 14; 15(26): 3201-3209.
7. Vatansev C, Alabaz O, Tekin A, Aksoy F, Yilmaz H, Kücükartallar T, Akcam T, Pamukcu A. A new seton type for the treatment of anal fistula. *Dig Dis Sci* 2007; 52:1920-1923.
8. Witte M, Klaase J, Gerritsen J, Kummer E. Fibrin glue treatment for simple and complex anal fistulas. *Hepato-gastroenterology* 2007; 54: 1071-1073.
9. Champagne B, O'Connor L, Ferguson M, Orangio G, Schertzer M, Armstrong D. Efficacy of anal fistula plug in closure of cryptoglandular fistulas: long-term follow-up. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1817-1821.
10. Van Koperen P, D'Hoore A, Wolthuis A, Bemelman W, Slors J. Anal fistula plug for closure of difficult anorectal fistula: a prospective study. *Dis Colon Rectum* 2007; 50:2168-2172.
11. Sahni V, Ahmad R, Burling D. Which method is best for imaging of perianal fistula?. *Abdom Imaging* 2008; 33: 26-30.
12. Charúa G, Osorio H, Navarrete C. Manejo quirúrgico de la fistula anal. *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69: 29-34.
13. Williams J, Farrands P, Williams A, Taylor B, Lunnis P, Sagar P. The Treatment of Anal Fistula: ACPGB Position Statement. *Colorectal Dis*. 2007; 9: 18-50.
14. Ommer A, Wenger FA, Rolfs T, Walz MK: Continence disorders after anal surgery – a relevant problem? *Int J Colorectal Dis* 2008; 23: 1023–31..

