



Fístula anorrectal compleja en paciente inmunocomprometido resuelta con láser

Mónica De Jesús-Mosso,* José Manuel Moreno-Berber,[†]
Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,[‡] Jesús Alberto Bahena-Aponte,[§] Jorge González,^{||}
Itzel Ariana Campuzano-González,[¶] Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,**
Alfredo Colex-Machuca,[‡] Cindy Belén Larumbe-Hernández,^{††}
Arturo Tepeyac-Gutiérrez,^{‡‡} Quintín Héctor González-Contreras***

* Médico Cirujano. Heridas, Estomas y quemaduras. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG.

[†] Cirugía General y Coloproctología. Puebla, Puebla. [‡] Cirugía General. Hospital Gilberto Gómez Maza.

[§] Cirugía General, Cirugía Gastrointestinal. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG.

^{||} Estudiante de Medicina. Universidad Anáhuac. [¶] Estudiante de Medicina. UAMex. ** Patóloga Clínica. Hospital Central Militar.

^{††} Médico Cirujano. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. ^{‡‡} Anestesiólogo. Médica Sur.

*** Cirugía General, Coloproctología, Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG.

Complex anorectal fistula in a immunocompromised patient resolved with laser

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 14 Núm. 1 / Enero-Marzo, 2025 / p. 13-16

RESUMEN

Las fístulas anorrectales complejas han sido un gran reto para el cirujano colorrectal, la etiología de la recurrencia aún no está clara, se presentan con mayor frecuencia en hombres entre los 30-50 años de edad y representan del 10 al 30% de las intervenciones coloproctológicas, con un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. La fistulotomía con setón se ha utilizado desde hace muchos años, pero el riesgo alto de recurrencia o de incontinencia sigue siendo un problema. En los últimos años se han desarrollado diferentes técnicas incluyendo colocación de fibrina, cierre con láser, ligadura del trayecto de fístula (LIFT) con una tasa de curación entre el 14 y 83%.

Se presenta el caso de un paciente de 45 años con diagnóstico de VIH, quien presentó absceso isquiorrectal izquierdo realizando manejo con drenaje y fistulotomía y que posteriormente presenta recidiva en tres ocasiones resuelto con láser.

Palabras clave. Fístula anorrectal, absceso anorrectal, etiología, tratamiento quirúrgico, recurrencia, láser.

ABSTRACT

Complex anorectal fistulas have been a great challenge for the colorectal surgeon, the etiology of recurrence is still unclear, they occur more frequently in men between 30-50 years of age and represent 10-30% of coloproctologic interventions, with an important impact on the quality of life of patients. Seton fistulotomy has been used for many years but the high risk of recurrence or incontinence remains a problem. In recent years different techniques have been developed including fibrin placement, laser closure, ligation of the fistula tract (LIFT) with a cure rate between 14 and 83%.

We present the case of a 45 year-old patient diagnosed with HIV, who presented left ischiorectal abscess managed with drainage and fistulotomy and who subsequently presented recurrence on three occasions resolved with laser.

Key words. Anorectal fistula, anorectal abscess, etiology, surgical treatment, recurrence, laser.

Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras
Tel.: 55 1353-6641. Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las fistulas anorrectales se encuentran dentro de la enfermedad perianal, la cual incluye anomalías anorrectales que se presentan en pacientes con enfermedad de Crohn, donde el proceso inflamatorio transmural puede contribuir a la formación de un absceso anorrectal y fistula anal, así como neoplasias, traumatismos, radiación o de origen criptoglandular.¹

Aproximadamente 9% de los pacientes con enfermedad de Crohn debutan con alguna patología anal o perianal, sin embargo, su etiología se considera idiopática, y la hipótesis criptoglandular es la teoría más utilizada, esta menciona que se debe a la obstrucción de las glándulas anales, principalmente en el espacio interesfintérico, generando infecciones a través del esfínter interno o que penetran en el espacio isquiorrectal.¹

La fistula anorrectal está definida como la comunicación anatómica anormal entre el conducto anorrectal y la piel de la región perianal, está determinado como un proceso crónico e infeccioso que en su fase aguda forma un absceso anal.² Se presenta en 1-2 por 10,000 pacientes al año y se incrementa en aumento. Se presenta con mayor frecuencia en hombres entre los 30- 50 años de edad y representa del 10 al 30% de las intervenciones coloproctológicas, representando un impacto en la calidad de vida de los pacientes.³ Las fistulas simples tienen una tasa de curación del 95% con baja recurrencia y sin complicaciones posoperatorias, en cuanto a las fistulas complejas la tasa de curación se encuentra del 60-90% con técnicas quirúrgicas como la ligadura del trayecto fistuloso interesfintérico (LIFT) y los avances de colgajo rectal (ACR).

La Asociación de Gastroenterología (AGA) clasifica las fistulas anorrectales en simples y complejas. La fistula simple afecta menos de la tercera parte distal del complejo esfinteriano y la compleja afecta el tercio medio y/o superior del mismo. Según su localización puede ser extraesfinteriana, supra-esfinteriana, interesfinteriana, transesfinteriana (Clasificación de Park⁴) o estar asociadas a un absceso con fistula rectovaginal o con estenosis anorrectal. El término de fistula anal compleja se establece cuando no responden al tratamiento inicial y existe recidiva, pueden acompañarse de incontinencia fecal.

La exploración anorrectal puede mostrarnos la presencia de la fistula, incluso observa su trayecto, pero no es sino hasta una exploración bajo anestesia en donde se reconoce y clasifica la fistula siguiendo distintos trayectos fistulosos, así como existencia de cavidades asociada, si existe un absceso asociado, se puede realizar el drenaje del mismo. Por otro lado, la resonancia magnética se considera uno de los métodos diagnósticos ampliamente aceptados y no invasivos, que nos ayuda a definir la anatomía del canal anal y fistulas perianales, lo cual resulta óptimo en la evaluación preoperatoria y en la toma de decisiones para el abordaje quirúrgico.⁵

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas, evitar complicaciones, incluyendo la incontinencia fecal y lograr el cierre duradero de la fistula para que no existen recurrencias. El tratamiento puede ser médico de inicio con antibióticos y/o inmunomoduladores, agentes antifactor de necrosis tumoral (como infliximab, adalimumab y certolizumab) y el definitivo es tratamiento quirúrgico, drenando el absceso si existe e identificar el trayecto de la fistula para resecarlo.⁵

CASO CLÍNICO

Masculino de 45 años de edad, con carga genética para diabetes mellitus y cáncer no especificado. Antecedente quirúrgico de drenaje de absceso anorrectal en 2019. Alérgico a penicilina. Niega toxicomanías. Como antecedente patológico cuenta con diagnóstico de VIH en el 2018 en tratamiento con Bictegravir, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir 28 mg. En marzo de 2021 con prueba de carga viral reportando carga indetectable, mantenida hasta diciembre de 2022.

Inicia su padecimiento actual en marzo de 2019, al presentar absceso isquiorrectal izquierdo tratado con drenaje de absceso más fistulotomía bajo bloqueo espinal, durante



Figura 1. Persistencia de fistula a pesar de fistulectomía y colocación de setón.

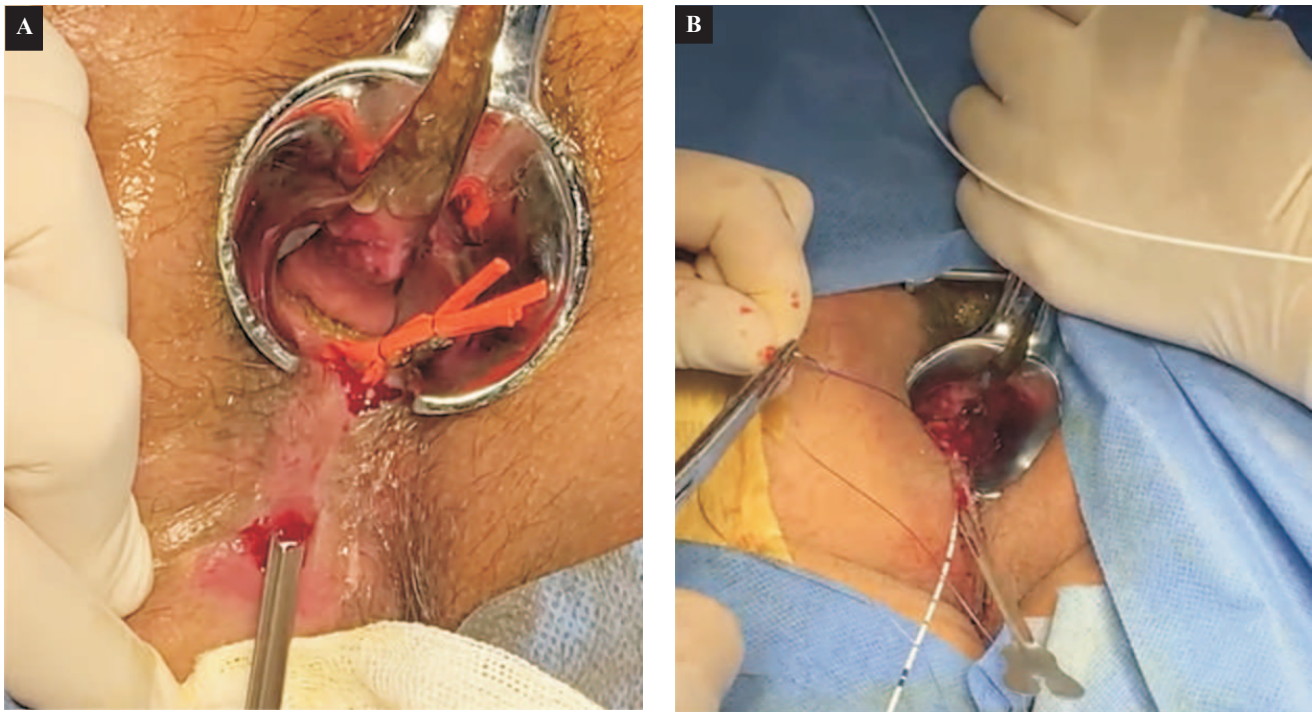


Figura 1. A. Localización del trayecto de fistula para ablación. B. Ablación de fistula compleja con láser.



Figura 3. Cierre de fistula y recuperación completa dos meses después.

su recuperación presenta evolución y cicatrización lenta. En septiembre del mismo año presenta cuadro clínico de dolor en región perianal y se palpa dolorosa, se identifica absceso en cicatriz previa, por lo que se realiza nueva intervención quirúrgica con drenaje de absceso más fistulotomía, sin embargo, refiere persistencia de exudado en escasa cantidad pero que afecta su estilo de vida. En 2021 presenta fistula anorrectal compleja por lo que se decide realizar avance de colgajo de espesor completo y se vigila evolución. Con evolución tórpida, en diciembre de 2022 persistencia de fistula, se lleva a cabo fistulectomía con colocación de setón y cierre primario (*Figura 1*). En abril de 2023 presenta nueva recidiva, se realiza una ablación anorrectal con láser (*Figura 2*) y después de dos meses de seguimiento se logra adecuada cicatrización y cierre total (*Figura 3*).

DISCUSIÓN

La fistula anorrectal compleja es una condición que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes.² En el caso de éste paciente, quien tiene factores de riesgo como la edad y la inmunodeficiencia, debuta con absceso isquiorrectal y a pesar de un adecuado manejo quirúrgico desde el primer episodio, su evolución fue tórpida entre cada uno, presentando recidivas. En cada evento, se estudió el mejor tra-

tamiento posible para disminuir la recurrencia, sin embargo, la inmunosupresión condicionó una cicatrización lenta y con complicaciones. Actualmente, se consideran la fistulotomía y la fistulectomía, como procedimientos propios de la fistula anorrectal simple, y el ACR, y la LIFT, del mismo modo que las técnicas mínimamente invasivas son las técnicas quirúrgicas más habituales en la fistula compleja.³

El ACR se considera actualmente como el tratamiento *gold standar* para fistulas perianales complejas (FPC), evita el ectopión y la isquemia del colgajo, se presenta continencia de leve a moderada en un 7-38% de los pacientes. La LIFT representa una técnica con pocas complicaciones postoperatorias, como mínima alteración de la continencia fecal. Ambas técnicas pueden ser utilizadas en aquellos pacientes que presenten una fistula poco supurativa y con continencia normal.⁵

En los últimos años, la cirugía con láser ha ganado popularidad para el tratamiento de las enfermedades perianales benignas, debido a que la fibra del láser puede introducirse desde el exterior de la fistula y llegar con precisión al lugar de la lesión encogiéndolo el tejido circundante, provocando la desnaturalización de las proteínas. Su superioridad se debe a que se considera de mínima invasión, menor tiempo de recuperación y menos complicaciones posoperatorias.⁶

Las técnicas mínimamente invasivas, son consideradas tratamientos sencillos por no precisar de cirujanos con experiencia en este tipo de patologías y son pocas las complicaciones que se pueden llegar a presentar, sin embargo, presentan altas tasas de recidivas. Algunas de estas técnicas son: tapón o plug, FiLaC, VAAFT, OTSC, sellantes y células madre.⁷

CONCLUSIÓN

Se deben evaluar las diferentes técnicas quirúrgicas según la historia clínica del paciente con el fin de evitar recidivas y complicaciones, además de tomar en cuenta el tipo de fistula, que el procedimiento se adecue a la anatomía y trayecto de la fistula, del mismo modo que se debe tomar en cuenta la experiencia del cirujano, siempre reconociendo las limitaciones ya que no existe protocolo perfecto para abordar esta patología.

Es importante recordar que cada caso es único y requiere una evaluación y plan de tratamiento personalizado. Tomando en cuenta sus antecedentes como fuente importante

de información para pronosticar posibles complicaciones, evaluar adecuadamente la localización anatómica y el tipo de tratamiento que tenga mejor pronóstico. Cuando los tratamientos quirúrgicos convencionales no han sido efectivos, a pesar de una adecuada planeación, es importante plantearse nuevas estrategias ya que este tipo de patologías y sus complicaciones repercuten directamente en la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Boscá MM, Alós R, Maroto N, Gisbert JP, Beltrán B, Chaparro M, *et al.* Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) para el tratamiento de las fistulas perianales de la enfermedad de Crohn. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020; 43(3): 155-68.
2. Zhao WW, Yu J, Shu J, Sha JT, Li CY, Zeng J, *et al.* Precise and comprehensive evaluation of perianal fistulas, classification and related complications using magnetic resonance imaging. *American journal of translational research* 2023; 15(5): 3674-85.
3. García-Olmo D, Gómez-Barrera M, de la Portilla F. Surgical management of complex perianal fistula revisited in a systematic review: a critical view of available scientific evidence. *BMC Surg* 2023; 23(1): 29.
4. Cheng F, Huang Z, Li Z. Efficacy and Safety of Mesenchymal Stem Cells in Treatment of Complex Perianal Fistulas: A Meta-Analysis. *Stem Cells Int* 2020; 8816737.
5. González-Contreras QH, De Jesús-Mosso M, Bahena-Aponte JA, Hernández-Martínez MV, Arcadia SNM. Primary Fistulotomy and Surgical Drainage Abscess is Associated with Low Fistula Recurrence Rate. *Japanese J Gastro Hepato* 2022; 8(5): 1-3.
6. Mei Z, Zhang Z, Han Y, Du P, Yang W, Wang Q, *et al.* Surgical laser therapy for cryptoglandular anal fistula: Protocol of a systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2023; 18(1): e0279388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279388>
7. Charalampopoulos A, Papakostantinou D, Bagias G, Nastos K, Perdikaris M, Papagrigoriadis S. Surgery of Simple and Complex Anal Fistulae in Adults: A Review of the Literature for Optimal Surgical Outcomes. *Cureus* 2023; 15(3): e35888. <https://doi.org/10.7759/cureus.35888>