

Experiencia en el manejo quirúrgico de las fistulas perianales en un hospital de tercer nivel de atención en Puebla

Experience with the surgical management of perianal fistulas in a tertiary care hospital in Puebla

Isaac A. Soto-Patiño¹ , Carlos A. López-Bernal² , Fernando Solís-Calixto² , Angélica Porras-Juárez³ , Nancy R. Bertado-Ramírez³ , Arturo García-Galicia³ , Álvaro J. Montiel-Jarquín^{3*} , Jorge Loría-Castellanos⁴  y Sandra Maldonado-Castañeda⁵ 

¹Servicio de Cirugía General; ²Departamento de Coloproctología; ³Dirección de Educación e Investigación en Salud. Hospital de Especialidades Puebla Manuel Ávila Camacho, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Puebla, Pue., ⁴Red Nacional de Simulación Clínica, Ciudad de México;

⁵Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, IMSS Bienestar, Puebla, Pue. México

Resumen

Antecedentes: La fistula anal es una patología común que consiste en una comunicación anormal entre el conducto anorrectal y la piel perianal, usualmente derivada de una infección crónica. La intervención quirúrgica, orientada a erradicar la infección, prevenir la recurrencia y preservar la función esfinteriana, es fundamental. **Objetivo:** Evaluar el manejo quirúrgico de las fistulas anales en un hospital de tercer nivel de atención, con el fin de homogeneizar los protocolos de tratamiento y mejorar los resultados quirúrgicos. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, retrospectivo y unicéntrico realizado entre marzo de 2021 y marzo de 2024, en un servicio de cirugía general. Se incluyeron 217 pacientes con diagnóstico de fistula anal, excluyendo aquellos con neoplasias malignas y registros incompletos. Las variables consideradas fueron el sexo, la edad, el índice de masa corporal, el tipo de tratamiento quirúrgico y las complicaciones posquirúrgicas. Los datos se analizaron con SPSS 25. Se buscó correlación entre variables mediante el estadístico de Spearman, considerando estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.01$. **Resultados:** La mayoría de los pacientes con fistula fueron hombres (50.2%), con una edad media de 41 años. La etiología más frecuente fue la infección criptoglandular (93.1%) y el tipo de fistula más común fue la simple (94.5%). Ningún paciente presentó complicaciones posquirúrgicas. La media de días de incapacidad fue de 23 días. **Conclusiones:** El estudio demuestra que el tratamiento quirúrgico de las fistulas simples mediante técnicas como la fistulotomía tiene buenos resultados, con una baja tasa de complicaciones y una rápida recuperación. Sin embargo, las fistulas complejas siguen siendo un desafío y requieren un enfoque multidisciplinario.

Palabras clave: Fistulas perianales. Corrección quirúrgica. Eficacia.

Abstract

Background: Anal fistula is a common pathology characterized by an abnormal communication between the anorectal canal and the perianal skin, usually resulting from a chronic infection. Surgical intervention, aimed at eradicating the infection, preventing recurrence, and preserving sphincter function, is essential. **Objective:** To evaluate the surgical management of anal fistulas in a tertiary care hospital, in order to standardize treatment protocols and improve surgical outcomes.

*Correspondencia:

Álvaro J. Montiel-Jarquín

E-mail: dralmoja@hotmail.com

0185-3252 / © 2025 Asociación Médica del Centro Médico ABC. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 27-06-2025

Fecha de aceptación: 24-09-2025

DOI: 10.24875/AMH.M25000125

Disponible en internet: 14-11-2025

An Med ABC. 2025;70(4):302-306

www.analesmedicosabc.com

Material and methods: An observational, cross-sectional, retrospective, and unicentric study conducted between March 2021 and March 2024, in the general surgery department. A total of 217 patients with a diagnosis of anal fistula were included, excluding patients with malignant neoplasms and incomplete records. The variables included sex, age, body mass index, type of surgical treatment, and postoperative complications. Data were analyzed using SPSS 25. Correlation between variables was sought using Spearman's statistic, considering a p -value ≤ 0.01 as statistically significant. **Results:** Most of the patients were men (50.2%), with an average age of 41 years. The most frequent etiology was cryptoglandular infection (93.1%), and the most common type of fistula was simple (94.5%). No patient presented post-surgical complications. The average days of disability was 23 days. **Conclusions:** The study demonstrates that the surgical treatment of simple fistulas, using techniques such as fistulotomy, has good results with a low complication rate and rapid recovery. However, complex fistulas remain a challenge and require a multidisciplinary approach.

Keywords: Perianal fistulas. Surgical correction. Effectiveness.

Introducción

Una fistula anal es la formación de una comunicación anormal entre el conducto anorrectal y la piel perianal, generalmente como resultado de una infección crónica que da lugar a un absceso anorrectal¹.

La anatomía del conducto anal y su complejo sistema esfinteriano desempeñan un papel fundamental en la patogénesis de la fistula, al ser las glándulas anales y el espacio interesfinteriano las principales vías de propagación de las infecciones²⁻⁶. El conocimiento detallado de la estructura anatómica es esencial para comprender las diversas opciones de tratamiento quirúrgico, que van desde técnicas tradicionales, como la fistulotomía, hasta métodos más avanzados, como la colocación de setón, o las técnicas mínimamente invasivas como la VAFFT (*Video-Assisted Anal Fistula Treatment*)⁷⁻⁹.

El tratamiento quirúrgico de la fistula anal tiene como objetivo erradicar la infección, evitar la recurrencia y preservar la función del esfínter anal para evitar complicaciones como la incontinencia. Sin embargo, las fistulas anales complejas, que involucran un mayor daño del aparato esfinteriano, o condiciones asociadas como la enfermedad de Crohn o la infección por virus de la inmunodeficiencia, presentan desafíos adicionales en su manejo. En este contexto, el tratamiento quirúrgico adecuado depende de una evaluación minuciosa del tipo de fistula y de la anatomía de cada paciente^{10,11}.

Debido a lo anterior es necesario conocer la tasa de éxito de las técnicas empleadas y las complicaciones posquirúrgicas asociadas; su desconocimiento plantea la necesidad de analizar de manera crítica los casos tratados para determinar la efectividad de los enfoques quirúrgicos utilizados y las repercusiones en la calidad de vida de los pacientes.

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo analizar la experiencia en el manejo quirúrgico de la

fistula perianal en un hospital de tercer nivel de atención, con el fin de homogeneizar los protocolos de tratamiento y mejorar los resultados quirúrgicos.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, transversal, retrospectivo, unicéntrico y homodémico realizado en el servicio de cirugía general de un hospital del tercer nivel de atención. Los datos se obtuvieron de la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes programados para fistulotomía.

Se revisaron los expedientes clínicos durante el periodo de marzo de 2021 a marzo de 2024, y se recolectaron los datos, mediante registros clínicos y notas de evolución, sobre variables como sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), tipo de tratamiento quirúrgico y complicaciones posoperatorias, entre otras. La información fue procesada y analizada usando el software SPSS 25 para obtener resultados estadísticos.

Se incluyeron en el estudio pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de fistula anal intervenidos quirúrgicamente en el periodo establecido, excluyendo aquellos con neoplasias malignas y eliminando del estudio a los pacientes con expediente clínico incompleto y los finados.

Los datos fueron recolectados mediante notas de evolución y registros clínicos, analizados estadísticamente para obtener conclusiones relevantes sobre el manejo de la fistula perianal.

Las variables consideradas fueron el sexo, la edad, la patología asociada, el IMC, el dolor, el tipo de tratamiento quirúrgico, la estancia hospitalaria y las complicaciones posquirúrgicas.

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables ordinales, y frecuencias y porcentajes para las variables nominales. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman considerando estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.01$.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (n = 217)

| Variable | n | % |
|--------------------------|-----|-------|
| Sexo | | |
| Mujer | 108 | 49.80 |
| Hombre | 109 | 50.20 |
| Edad (años) | | |
| Mínima | 25 | |
| Máxima | 56 | |
| Media | 41 | |
| Índice de masa corporal | | |
| Normal | 125 | 60.50 |
| Sobrepeso | 48 | 23.20 |
| Obesidad grado 1 | 20 | 10.50 |
| Obesidad grado 2 | 11 | 5.80 |
| Comorbilidad | | |
| Ninguna | 194 | 89.40 |
| Diabetes <i>mellitus</i> | 16 | 7.20 |
| Hipertensión arterial | 7 | 3.20 |

Tabla 2. Etiología y clasificación de las fistulas en los pacientes estudiados

| Variable | n | % |
|---------------------------|-----|-------|
| Etiología | | |
| Infección criptoglandular | 202 | 93.10 |
| Traumática | 15 | 6.90 |
| Tipo de fistula | | |
| Simple | 205 | 94.50 |
| Compleja | 12 | 5.50 |

El estudio se llevó a cabo cumpliendo y respetando los principios éticos establecidos en materia de investigación en salud.

Resultados

Se incluyeron 217 pacientes, de los que 108 (49.8%) fueron mujeres y 109 (50.2%) hombres, con una edad promedio de 41 años. El 60.5% de los pacientes estaban libres de sobrepeso con un IMC normal, y el 89.4% no tenían comorbilidad (**Tabla 1**).

En cuanto a la etiología de las fistulas, la infección criptoglandular fue la más frecuente, con 202 casos (93.1%), y el tipo de fistula predominante fue la simple, con 205 casos (94.5%). Los detalles se muestran en la **tabla 2**.

El tiempo de evolución entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica de la mayoría de los pacientes (47.9%) fue de 4 años.

Tabla 3. Fístulas asociadas a dolor posquirúrgico

| Tipo de fistula | Con dolor | Sin dolor | Total |
|-----------------|-----------|-----------|-------|
| Simple | 163 | 42 | 205 |
| Compleja | 9 | 3 | 12 |
| Total | 172 | 45 | 217 |

Tabla 4. Correlación de Spearman entre las variables de estudio

| Variable | Dolor | Sexo | |
|-------------------------|-------|------------------------------------|----------|
| | | Días de estancia intrahospitalaria | p ≤ 0.01 |
| | | Tipo de fistula | |
| Días de incapacidad | | Índice de masa corporal | |
| Índice de masa corporal | | Tipo de fistula | |

Los pacientes con fistula simple presentaron mayor dolor posquirúrgico (79.51%), en comparación con aquellos con fistula compleja (75%) (**Tabla 3**).

El tipo de fistula simple se presentó mayormente en pacientes con sobrepeso y obesidad (n = 204), no así las fistulas complejas.

En cuanto a los días de incapacidad, la media fue de 23 días, encontrando correlación con el IMC y el tipo de fistula (p ≤ 0.01).

La variable dolor posquirúrgico tuvo una correlación fuerte con respecto al sexo del paciente y los días de estancia hospitalaria (p ≤ 0.01) (**Tabla 4**).

Ningún paciente presentó complicaciones posteriores al evento quirúrgico.

Discusión

La fistula anal es una de las patologías anorrectales benignas más comunes y se considera una de las primeras causas de cirugía anorrectal. En este estudio se proporciona una visión detallada sobre el manejo quirúrgico de la fistula anal, en un total de 217 pacientes a los que se exploraron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas.

Se encontró una distribución equitativa entre hombres y mujeres (50.2% y 49.8%, respectivamente), lo cual es concordante con otros estudios que no hallaron

diferencias significativas en la incidencia de fístula anal entre ambos sexos^{1,2}. La edad media de los pacientes fue de 41 años, lo que también coincide con lo reportado en la literatura médica, ya que la fístula anal es más frecuente en adultos jóvenes y de mediana edad, comparados con adultos mayores³.

Respecto al IMC, la mayoría de los pacientes se encontraron en sobrepeso u obesidad de grado 1, lo cual es relevante dado que la obesidad se ha asociado en varios estudios con un riesgo mayor de desarrollar fístulas anales complejas^{4,5}. Aunque este estudio no encontró una correlación significativa entre el IMC y las complicaciones posquirúrgicas, este factor sigue siendo un área de interés para investigaciones futuras.

En cuanto a la etiología, la mayoría de las fístulas en este estudio fueron de origen infeccioso criptoglandular (93.1%), lo que coincide con la literatura sobre la prevalencia de la fístula anal en adultos. Las infecciones criptoglandulares, que se originan a partir de glándulas anales infectadas, son la causa principal de fístulas en pacientes sin comorbilidad⁶. Un porcentaje bajo (6.9%) de las fístulas fueron traumáticas, lo que es relativamente escaso en comparación con los estudios que sugieren que el trauma, tanto quirúrgico como no quirúrgico, podría ser una causa importante en algunas poblaciones, como podrían ser los pacientes con antecedente de cirugía perianal o de trauma físico directo en la zona anal⁷.

Al considerar el tipo de fístula, el 94.5% de los pacientes presentaron fístulas simples, lo que refleja la prevalencia predominante de fístulas menos complejas en la práctica clínica diaria. Solo un 5.5% de los pacientes tuvieron fístulas complejas, un porcentaje algo menor que el encontrado en otros estudios, que señalan que hasta un 15-20% de las fístulas anales pueden ser complejas⁸. Las fístulas complejas suelen presentar desafíos quirúrgicos adicionales debido al involucro de estructuras como los esfínteres anales, lo que aumenta el riesgo de incontinencia fecal posoperatoria⁹.

Un hallazgo particularmente destacable de este estudio es la ausencia de complicaciones posquirúrgicas en la totalidad de los pacientes. Esto sugiere que la técnica quirúrgica empleada en el hospital sería efectiva y adecuada para el tratamiento de las fístulas anales simples. Sin embargo, en otros estudios, las complicaciones posoperatorias, tales como infecciones, dehiscencia de la herida y recurrencia de la fístula, son relativamente comunes¹⁰. En este caso, la falta de complicaciones podría deberse a una selección adecuada de los pacientes, la técnica quirúrgica utilizada (probablemente la fistulotomía) y el seguimiento posoperatorio

adecuado, aunque también es necesario ser cauteloso al interpretar estos resultados debido a la naturaleza retrospectiva del estudio.

El dolor posquirúrgico se presenta más en las fístulas simples que en las complejas, por lo que se sugiere un manejo adecuado del dolor en estos pacientes para así mejorar su calidad de vida.

En cuanto al tiempo de incapacidad, la media fue de 23 días, un tiempo relativamente corto que indica una recuperación bastante rápida tras la intervención. Este dato es importante dado que la recuperación tras la cirugía de fístula anal puede ser prolongada y afectar la calidad de vida de los pacientes. La capacidad de retornar a las actividades normales en un plazo breve puede reflejar la eficacia de la técnica quirúrgica y el manejo adecuado del dolor posoperatorio¹¹.

Los resultados de este estudio subrayan la importancia de una evaluación prequirúrgica rigurosa para seleccionar el tratamiento adecuado según el tipo de fístula y las características individuales de cada paciente. Las fístulas anales simples, la mayoría en este estudio, pueden ser tratadas exitosamente con técnicas convencionales como la fistulotomía, lo que se refleja en la baja tasa de complicaciones posquirúrgicas. Sin embargo, las fístulas complejas siguen siendo un reto para los cirujanos y requieren un enfoque multidisciplinario que puede incluir el uso de setones, técnicas mínimamente invasivas o tratamientos más avanzados como el VAFFT.

Una de las limitaciones de este estudio es su diseño retrospectivo, lo que puede generar sesgos en la recolección de datos y en la interpretación de los resultados. Además, el hecho de que el estudio se haya realizado en un solo centro hospitalario limita la generalización de los hallazgos a otros contextos.

Conclusiones

Este estudio proporciona evidencia sobre el manejo quirúrgico de la fístula anal en un entorno de tercer nivel de atención. Aunque los resultados obtenidos son alentadores, especialmente en términos de ausencia de complicaciones posquirúrgicas y recuperación rápida de los pacientes, es crucial seguir investigando para identificar mejores enfoques terapéuticos para las fístulas anales y evaluar su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Un análisis continuo de los protocolos de tratamiento y la implementación de estrategias basadas en la evidencia son pasos clave hacia la mejora de los resultados a largo plazo en este tipo de patologías.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. Neves Jorge JM, Habr-Gama A. Anatomy and embryology. En: Wolff BG, Fleshman JW, Pemberton JH, Fazio VW, Beck DE, Wexner SD, et al., editores. The ASCRS textbook of colon and rectal surgery. 2nd ed. New York: Springer; 2011. p. 1-22.
2. Bourdet D, Barbet JP, Hidden G. Différenciation morphologique du muscle sphincter interne de l'anus chez l'embryon et le foetus humain. Surg Radiol Anat. 1990;12:151-2.
3. Morgan CN, Thompson HR. Surgical anatomy of anal canal with special reference to surgical importance of internal sphincter and conjoint longitudinal muscle. Am R Coll Surg England. 1956;19:88-114.
4. Parks AG. The syndrome of the descending perineum. Proc R Soc Med. 1966;59:477-82.
5. Milligan ET, Morgan CN, Jones LE, Officer R. Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of hemorrhoids. Lancet. 1937;2:1119-24.
6. Parnaud E, Guntz M, Bernard A, Chome J. Anatomie normale macroscopique et microscopique du réseau vasculaire hémorroïdal. Arch Franç Mal Appar Dig. 1976;65:501-14.
7. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. The treatment of anal fistula: ACPGBI Position Statement. Colorectal Dis. 2007;(Suppl 4):18-50.
8. Tabry H, Farrands PA. Update on anal fistulae: surgical perspectives for the gastroenterologist. Can J Gastroenterol. 2011;25:675-80.
9. Meinero P, Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. Tech Coloproctol. 2011;15:417-22.
10. Roig JV, García-Armengol J. Tratamiento de las fistulas de ano complejas de causa criptoglandular. ¿Aún se requiere un cirujano con experiencia? Cir Esp. 2013;91:78-89.
11. Fazio VW. Anatomy and physiology of the anorectum. In: Fazio VW, Church JM, Delaney CP, editores. Current therapy in colon and rectal surgery. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005.p. 24-33.