

Tratamiento mediante sedal de la fístula anal*

J. González Piñera, A. Marco Macián, M.S. Fernández Córdoba

Sección de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

RESUMEN: El objetivo del tratamiento de la fístula anal es drenar la infección, erradicar el trayecto fistuloso y preservar la integridad y función esfinteriana. Ello puede alcanzarse mediante fistulotomía o fistulectomía. Las técnicas alternativas incluyen los sedales químicos, de drenaje y cortantes en uno o dos tiempos. Hemos tratado seis casos de fístulas transefinterianas tipo 2 de Parks. La técnica de la fistulotomía progresiva se ha realizado mediante sedal cortante único, en procedimiento ambulatorio sin anestesia general. El rango de tiempo transcurrido hasta la sección completa del esfínter fue de 18 a 27 días. Ningún niño presentó incontinencia ni otras complicaciones derivadas de la técnica. En el control evolutivo realizado a los 12 meses no hemos observado recidivas. Concluimos que el sedal cortante único es una técnica simple y efectiva para el tratamiento de las fístulas perianales en el niño, con una tasa baja de complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Fístula anal; Sedales.

SETON TREATMENT OF ANAL FISTULA

ABSTRACT: The objectives of anal fistula treatment are to drain sepsis, eradicate the fistulous tract, and to preserve sphincter integrity and function. These goals can be achieved by either fistulotomy or fistulectomy. Alternative techniques include chemical setons, drainage setons, cutting setons and two-stage seton fistulotomy. We have treated 6 cases of trans-sphincteric fistula Parks type 2. The progressive fistulotomy technique was employed with a primary or one-stage cutting seton, as an outpatient procedure and without general anaesthetic. Complete division of the sphincter muscle took 18-27 days. No child presented incontinence or any other complications from the technique employed. No recurrences were observed at the 12 month follow-up. We conclude that the use of cutting setons is a simple and effective technique for the treatment of anal fistula in children, with low complication rates.

KEY WORDS: Anal fistula; Seton.

Correspondencia: Dr. Jerónimo González Piñera, Sección de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, C/ Hermanos Falcó s/n, 02006 Albacete.

*Trabajo presentado al XXXVIII Congreso de la S.E.C.P. Lanzarote (Póster).

INTRODUCCIÓN

La fístula anal es un antiguo y frecuente problema quirúrgico, tanto en la infancia, como en la edad adulta. Secundaria por lo general, a un absceso perianal tratado con una o más incisiones, los principales objetivos de su tratamiento son drenar la infección, erradicar el trayecto fistuloso y preservar la integridad y función esfinteriana. Estos pueden alcanzarse mediante fistulotomía o fistulectomía⁽¹⁾. Ambas técnicas requieren anestesia general y hospitalización, curas postoperatorias dolorosas y presentan posibilidad de lesión esfinteriana y recurrencia. Las técnicas alternativas utilizadas actualmente incluyen los sedales químicos, de drenaje y cortantes en uno o dos tiempos.

MATERIAL Y MÉTODOS

En los últimos 2 años hemos indicado un tratamiento con sedal en seis casos de fístulas transefinterianas tipo 2 de la clasificación de Parks, en niños de edades comprendidas entre los 3 meses y los 4 años. La técnica de la fistulotomía progresiva se ha realizado mediante sedal cortante único con alambre de acero inoxidable esterilizado, en procedimiento ambulatorio sin anestesia general. Se canaliza el trayecto fistuloso mediante bránula número 16-18 por la que se introduce sin dificultad el sedal cortante. Éste se exterioriza por el ano, se unen sus dos cabos mediante torsión conjunta de los mismos y se protegen mediante un adhesivo plástico a la zona perianal, para evitar molestias del cabo del alambre y permitir una higiene de la zona anal con comodidad. Secuencialmente se procede con posterioridad a la transección gradual lenta del esfínter y del tejido englobado en el asa de alambre cada 3-7 días (Fig. 1).

RESULTADOS

El rango de tiempo transcurrido hasta la sección completa del esfínter fue entre 18 a 27 días. En ningún niño se suspen-



Figura 1. Secuencia de la técnica del sedal. 1: fistula anal. 2: canalización. 3: introducción del sedal cortante. 4: apretado del asa. 5: protección perianal. 6: sección completada.

dió el tratamiento y la tolerancia del procedimiento fue muy buena. Ningún niño presentó incontinencia ni otras complicaciones derivadas de la técnica. Los controles evolutivos practicados a los 6 y 12 meses han demostrado en todos los casos una cicatrización de la fístula anal, sin aparición de recidivas.

DISCUSIÓN

Cerca de la mitad de los niños que desarrollan una fístula anal curan espontáneamente y sin recidiva, sobre todo cuando aparece en menores de un año⁽²⁾. En el resto de pacientes con 2 o más episodios de recurrencia y un trayecto fistuloso bien establecido, la mayoría de los autores -entre los que nos incluimos- indican un tratamiento más agresivo de la lesión, mediante fistulotomía o fistulectomía, con o sin esfinterotomía. Para estos casos, en los últimos años, hemos recuperado el tratamiento clásico de la fístula anal mediante sedales. El origen exacto de la cirugía con sedales es incierto, pero ya se recogen en los tratados de hace 600 años a.C. (tratado hindú *Sushruta Samhita*)⁽³⁾. Los sedales químicos se basan en un hilo quirúrgico y medicado por impregnación con soluciones cáusticas vegetales. Los sedales de drenaje (poliéster, goma, silicona o plástico) se han utilizado principalmente en pacientes afectados de fístulas complicadas y crónicas secundarias a enfermedad de Crohn perianal⁽⁴⁾. Los materiales utilizados en los sedales cortantes en uno o dos tiempos han sido hilo quirúrgico, gomas elásticas y acero inoxidable de hebras múltiples^(4,6). El principio funcional del sedal cortante es realizar una transección lenta del músculo esfinteriano englobado en el asa del sedal de tal manera que, a medida que se secciona como resultado de necrosis por presión, una mínima estela de fibrosis residual garantiza una separación con-

trolada del músculo cortado, evitando así la aparición de incontinencia. La analogía más empleada es la de un alambre que corta lentamente un trozo de hielo: el hielo permanece intacto una vez que el alambre ha pasado a su través. El sedal cortante único es una técnica simple y efectiva para el tratamiento de las fístulas perianales en el niño. Al contrario de lo que sucede en el adulto con elevado porcentaje de fístulas supraesfinterianas complejas, el trayecto fistuloso en el niño es bastante recto lo que posibilita su canalización mediante una bránula número 16-18 ChFr. Las molestias que produce el apretado secuencial del asa de alambre son mínimas si se respeta que la sección ha de ser gradual, lenta y no debe apretarse en exceso el sedal. El procedimiento se realiza de forma ambulatoria sin necesidad de anestesia general, evita el riesgo de lesión esfinteriana y permite la curación de la fístula sin aparición de recidivas ni secuelas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seow-Choen F, Nicholls RJ. Anal fistula. *Br J Surg* 1992;**79**:197-205.
2. Watanabe Y, Todani T, Yamamoto S. Conservative management of fistula in ano in infants. *Pediatr Surg Int* 1998;**13**:274-276.
3. McCourtney JS, Finlay IG. Sedales en el tratamiento quirúrgico de la fístula de ano. *Br J Surg (ed esp)* 1995;**82**:448-452.
4. White RA, Eisenstat TE, Rubin RJ, Salvati EP. Seton management of complex anorectal fistulas in patients with Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1990;**33**:578-579.
5. Dziki A, Bartos M. Seton treatment of anal fistula: experience with a new modification. *Eur J Surg* 1998;**164**:543-548.
6. García-Aguilar J, Belmonte C, Wong DW, Goldberg SM, Madoff RD. Cutting seton versus two-stage seton fistulotomy in the surgical management of high anal fistula. *Br J Surg* 1998;**85**:243-245.