

## ¿Es útil la ecografía endoanal de rutina en las fístulas perianales?

I. Pascual Migueláñez, D. García-Olmo, M. C. Martínez-Puente<sup>1</sup> y J. A. Pascual Montero<sup>1</sup>

*Departamento de Cirugía. Universidad Autónoma. <sup>1</sup>Instituto Coloproctológico. Madrid*

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la efectividad de la ecografía endoanal contrastada con inyección de agua oxigenada para establecer la topografía fistulosa (trayecto y localización del orificio interno) y valorar la conveniencia de esta exploración en la supuración anal o perianal cuando es realizada por un cirujano general dedicado a coloproctología y entrenado en esta técnica.

**Pacientes:** se hizo ecografía endoanal a 103 pacientes con supuración anal o perianal. Se excluyeron 20 pacientes del estudio: 9 tenían el orificio externo de la fístula cerrado y 11 presentaban abscesos de origen criptoglandular. Todas las ecografías fueron hechas por el mismo explorador utilizando un ecógrafo B&K con sonda rotatoria de 7 MHz. La exploración consistía en identificar los tres planos ecográficos del canal anal, inyectar agua oxigenada por el orificio externo y repetir el procedimiento.

**Resultados:** de los 83 pacientes incluidos, 11 resultaron ser sinus y 72 fístulas perianales. De estas se localizó el trayecto principal en todas, identificándose 24 interesfinterianas (33,33%), 33 transesfinterianas (45,83%), 3 supraesfinterianas (4,17%) y 12 extraesfinterianas (16,67%). Se localizó el orificio interno en 69 (95,83%).

**Conclusiones:** la ecografía endoanal realizada con agua oxigenada es un método efectivo para visualizar el trayecto y el orificio interno de las fístulas perianales. Creemos que resulta de gran utilidad en todos los casos de supuración anal o perianal para localizar colecciones, reconocer sinus perianales, conocer el estado de los esfínteres y planificar la cirugía.

**Palabras clave:** Fístula anal. Ecografía endoanal. Agua oxigenada.

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico de la fístula perianal de origen criptoglandular constituye todavía hoy en día un reto para el cirujano. El motivo es doble porque el objetivo de la cirugía no sólo es curar definitivamente la fístula, sino también evitar daños sobre los esfínteres que puedan alterar la continencia. Los trayectos fistulosos se relacionan íntimamente con el aparato esfinteriano y no es sencillo actuar de manera definitiva sobre la fístula para que no recidive sin alterar la anatomía. Sigue vigente la clasificación establecida por Parks (1) que clasifica las fístulas según sea la relación que se crea entre los esfínteres, interno y externo, y el tracto que comunica el recto con la piel perineal. Podemos distinguir así cuatro tipos de fístulas: interesfinterianas, transesfinterianas, supraesfinteria-

nas y extraesfinterianas. Toda la información disponible preoperatoriamente sobre la naturaleza de la fístula (por dónde transcurre el trayecto principal, si existen trayectos accesorios en herradura, si hay cambios postquirúrgicos en los casos en que la fístula ya se haya intervenido o haya habido otro tipo de cirugía de esta zona, etc.) puede ayudar al cirujano a planear la cirugía de manera personalizada. Resulta de especial utilidad la localización del orificio interno, que es, según la teoría criptoglandular de Parks, el lugar en el que se origina la fístula como consecuencia de la infección de una glándula anal.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la ecografía endoanal contrastada con inyección de agua oxigenada a través del orificio externo para establecer la topografía fistulosa y localización del orificio interno cuando esta es realizada por un experto en cirugía colorectal entrenado en esta técnica. También se valora la conveniencia de practicar de rutina preoperatoriamente esta exploración en la supuración anal o perianal.

### PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó ecografía endoanal a 103 pacientes que consultaron por supuración anal o perianal en los que se sospechaba fístula de origen criptoglandular entre marzo de 2000 y febrero de 2004. Antes de cada exploración se explicaba al paciente en qué consistía la prueba y se le pedía su consentimiento.

Veinte pacientes se excluyeron del estudio por no presentar orificio externo por el que contrastar con agua oxigenada. Nueve de ellos eran fístulas establecidas con el orificio externo cerrado en el momento de la exploración y once presentaban abscesos de origen criptoglandular que drenaban al canal anal y no tenían trayecto hasta la piel perineal.

Todas las ecografías fueron hechas por el mismo explorador con un ecógrafo B&K con sonda rotatoria de 7 MHz que obtiene imágenes de 360°.

La exploración se iniciaba con la introducción del transductor y una retirada suave identificando los tres planos ecográficos del canal anal (superior, medio e inferior). Seguidamente, siempre que el orificio externo estuviera abierto en el momento de la exploración ecográfica, se in-

yectaba agua oxigenada con una cánula y se repetía la exploración. De cada paciente se recogieron los siguientes datos: lesiones esfinterianas previas (si las hubiera), localización del orificio externo (cuadrante y distancia al ano), tipo de trayecto fistuloso según la clasificación de Parks (1) con descripción de los trayectos fistulosos accesorios si los hubiera, y localización del orificio interno (cuadrante y altura: canal anal ecográfico alto, medio o bajo).

## RESULTADOS

De los 83 pacientes incluidos en el estudio al realizar la ecografía endoanal con inyección de agua oxigenada en 11 no se identificó orificio interno y además, en estos casos, los trayectos realizados desde el orificio cutáneo no llegaban hasta el plano esfinteriano. Por estas razones fueron etiquetados como senos perianales. En 8 pacientes el orificio externo era posterior y en 3 anterior. Durante la exploración clínica se objetivó que prácticamente la totalidad presentaban semiología de sinus pilonidales.

En los 72 casos restantes se identificó claramente un trayecto en relación con los esfínteres y se clasificaron como verdaderas fístulas perianales.

De las 72 fístulas se localizó el trayecto fistuloso principal en el 100% de los casos identificándose 24 (33,33%) interesfinterianas, 33 (45,83%) transesfinterianas, 3 (4,17%) supraesfinterianas y 12 (16,67%) extraesfinterianas. En 5 casos se visualizaron trayectos accesorios en herradura (Fig. 1) y en 2 trayectos múltiples. Se localizó el orificio interno en 69 fístulas (95,83%) y resultó ser anterior en 37 y posterior en 32. Se localizó en el canal anal medio en 45 casos y en el canal anal alto en 24 (Fig. 2). De las 3 fístulas en las que no fue posible encontrar el orificio interno, 2 tenían múltiples trayectos accesorios (uno era una enfermedad de Crohn) lo que dificultó la exploración.

En 5 casos de fístulas que habían sido previamente intervenidas, se encontraron en todas tanto el orificio interno como alteraciones postquirúrgicas de los esfínteres.

## DISCUSIÓN

En la cirugía de la fístula perianal es esencial conocer dónde se encuentra el orificio interno, si lo hay, y la topografía del trayecto fistuloso (2-6). Se han usado varios métodos con este propósito: la fistulografía, la resonancia magnética, la tomografía axial computerizada y la ecografía endoanal (7-12). La ecografía con inyección de agua oxigenada es una prueba poco invasiva, sencilla de realizar técnicamente y de menor coste que las anteriores (4). Surge en este punto la cuestión de si debe realizarse sistemáticamente en los estudios preoperatorios previos al tratamiento de la supuración perianal.

De nuestros datos se desprende que aproximadamente el 20% de los pacientes que fueron enviados para estudio ecográfico no presentaban orificio externo, por lo que no

es posible contrastar con agua oxigenada y por ello no se puede asegurar el punto del orificio interno ni la topografía del trayecto. No obstante, en estos casos se puede informar con bastante certeza de la localización de colecciones supuradas perianales.

Aún estando el orificio externo abierto, algunos autores han señalado un bajo rendimiento de la ecografía en la localización del orificio interno de la fístula. Así, estos autores demuestran el orificio interno en un 48-60% de las fístulas estudiadas (3,4). Sin embargo, en nuestra serie lo pudimos definir en más del 95%, si teníamos abierto el orificio externo y el trayecto fistuloso guardaba relación con los esfínteres. Este rendimiento lo obtuvimos a pesar de tratarse de una serie sesgada hacia fístulas especialmente complejas (16,67% de extraesfinterianas) debido, seguramente, a que aún impera la idea de que sólo las fístulas complejas deben ser remitidas para estudio ecográfico (6). A nuestro juicio, esta alta tasa de localización indudable del orificio interno puede deberse a que el explorador fue siempre un cirujano general dedicado a coloproctología y entrenado en esta técnica. Creemos que, incluso en caso de no encontrar el orificio interno durante la cirugía, los hallazgos ecográficos deben guiar al cirujano.

Como hemos visto, además informa sobre el trayecto fistuloso y sobre el estado de los esfínteres, esto último de especial importancia en caso de tratarse de recidivas fistulosas. No nos cabe ninguna duda de que la intervención quirúrgica sobre una fístula previamente topografiada tiene muchas más posibilidades de éxito sin secuelas (13).

También merece comentario el hecho de que en el 10% de los casos que nos fueron remitidos por supuración perianal con orificio supurativo externo no se encontraron trayectos en relación con los esfínteres. Se trataba de casos con semiología de sinus pilonidales. Probablemente nos encontramos ante el hecho bien reconocido de que muchas veces la enfermedad pilonidal remeda a la fístula perianal (14-16). Hay autores que han comunicado hasta un 15% de sinus en estudios similares (6). A nuestro juicio este hecho incrementa el valor de la ecografía endoanal preoperatoria porque durante la cirugía podemos evitar maniobras inútiles y peligrosas sobre los esfínteres al intentar localizar una comunicación con el recto que en realidad no existe.

Con los resultados aportados por nuestra serie y las recientes publicaciones (2) sobre el tema con resultados similares, creemos que la ecografía endoanal con inyección de agua oxigenada, realizada por un experto en coloproctología, resulta de gran utilidad para el tratamiento quirúrgico de las fístulas, tanto simples como complejas. Si se lleva a cabo en todos los casos de supuración perianal es posible que contribuya a la disminución de las recidivas fistulosas, ya que facilita la localización del orificio interno durante el acto quirúrgico y este es uno de los factores que se ha asociado a la recidiva. Además, la recidiva fistulosa es un factor de riesgo por sí mismo de nueva recidiva y de incontinencia anal (17). Por otra parte puede evitar cirugías innecesarias a la búsqueda de orificios internos inexistentes.