



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**Tema:**

***“PREVALENCIA DE FÍSTULAS ANORECTALES EN PACIENTES  
QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA  
DEL HOSPITAL GUAYAQUIL”***

ESTUDIOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL  
DR. ABEL GILBERT PONTÓN DESDE EL MES DE JULIO 2.016 A JUNIO 2.017

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO  
PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÉDICO**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:**  
ESTEFANÍA CAROLINA ERAS MUÑOZ

**NOMBRE DEL TUTOR:**  
DR. MARIO HERNÁNDEZ BONILLA

Guayaquil- Ecuador  
2.018



Universidad de Guayaquil

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

*“PREVALENCIA DE FÍSTULAS ANORECTALES EN PACIENTES QUE SON  
ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL  
GUAYAQUIL”*

ESTUDIOS REALIZADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR.  
ABEL GILBERT PONTÓN DESDE EL MES DE JULIO 2.016 A JUNIO 2.017

AUTOR: ESTEFANÍA CAROLINA ERAS MUÑOZ

TUTOR: DR. MARIO HERNÁNDEZ BONILLA

GUAYAQUIL, 09 DE MARZO DEL 2.018

**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	"PREVALENCIA DE FÍSTULAS ANORECTALES EN PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL"		
<b>AUTOR(ES) (apellidos/nombres):</b>	Eras Muñoz Estefanía Carolina	<b>ANEXO 10</b>	
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):</b>	Tutor: Dr. Mario Hernández Bonilla Revisor. Dra. Elsy Ávalos		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Medicina General		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>			
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	08/05/2.018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	83
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Coloproctología		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Prevalencia, Fístula, Ano, Recto, Absceso, Fistulotomía, Fistulectomía		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>Se define como Fístula Perianal o Anorectal (FA) al trayecto inflamatorio con abertura externa cutánea, en la región perianal y una abertura interna o primaria en el canal anal. Por lo general se origina a partir de una infección criptoglandular o primaria que deriva en un absceso en el espacio interesfinteriano del canal anal. Generalmente todas las fístulas son de origen criptoglandular; los traumatismos, la enfermedad de Crohn, una afección maligna, la radiación o infecciones poco comunes como tuberculosis, actinomicosis y clamidiosis también pueden producir fístulas. Un 80% de las Fístulas Anorectales es provocado por la infección criptoglandular y desarrollo de un absceso interesfinteriano, para lo cual un tacto rectal confirmaría su presencia. Hay otras causas, dentro de las cuales están la enfermedad de Crohn, tuberculosis, procesos inflamatorios pelvianos, traumas. Gran parte también se dan en pacientes que han recibido quimioterapia. Las Fístulas Anorectales son más frecuentes en hombres que en mujeres y la frecuencia de edad es entre los 30 a 50 años de edad. Pacientes con el antecedente de un absceso perianal están en riesgo en un 30% a 50% de las ocasiones. El cuadro común es la persistencia de abscesos frecuentes, seguidos de secreción intermitente o constante habituales. El material que drena es purulento o serosanguíneo. Y a su vez, puede presentarse dolor en caso de infección o si el orificio se llega a cerrar. Síntomas: Supuración perianal, prurito, ardor al defecar, dolor, sangrado. Este sangrado suele manchar la ropa interior, humedad perianal. Inspección: Uno o más orificios, por lo general en los márgenes del ano. Palpación: Necesariamente el trayecto de la fístula, consistencia y disposición recuerda la de un cordón resistente. Y también un área de infiltración próxima al orificio secundario. Tacto rectal: Corresponde a una induración en el sitio que corresponde al orificio primario, en la línea pectínea. Dentro de las Técnicas quirúrgicas se encuentran la Fistulotomía, que corresponde a la apertura longitudinal de todo el trayecto fistuloso. Que suele estar relacionado con una marsupialización de los bordes de la fístula, evitando el cierre en falso de la herida. Drenando el absceso se disminuye el riesgo de recurrencias y continuidad de una fístula, y la necesidad de una cirugía próxima. En las Fístulas Anorectales Complejas (afectan a más de la mitad del esfínter externo o tienen varios trayectos). La relación entre todas estas técnicas es la ausencia de sección del esfínter. La manera más sencilla se basa en el relleno del trayecto fistuloso, queriendo dejar cicatriz en el daño.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono: 0986686885</b>	<b>E-mail: britstef_1@hotmail.com</b>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b>		
	<b>Teléfono:</b>		
	<b>E-mail:</b>		



ANEXO 11

Universidad de Guayaquil  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

---

Guayaquil, 04 de Mayo del 2018.

### CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado Dra. Elsy Avalos Moreno, tutor del trabajo de titulación "PREVALENCIA DE FÍSTULAS ANORECTALES EN PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL" certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por ERAS MUÑOZ ESTEFANIA CAROLINA, con C.I. No. 1725983124, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MÉDICO en la Carrera/Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Dra. Elsy Avalos Moreno

REVISOR

C.I. No.

0901092457



ANEXO 12

Universidad de Guayaquil  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CARRERA DE MEDICINA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO  
NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, ESTEFANIA CAROLINA ERAS MUÑOZ con C.I. No. 1725983124, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “PREVALENCIA DE FÍSTULAS ANORECTALES EN PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL” son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

ESTEFANIA CAROLINA ERAS MUÑOZ  
C.I. No. 1725983124

\*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



Universidad de Guayaquil

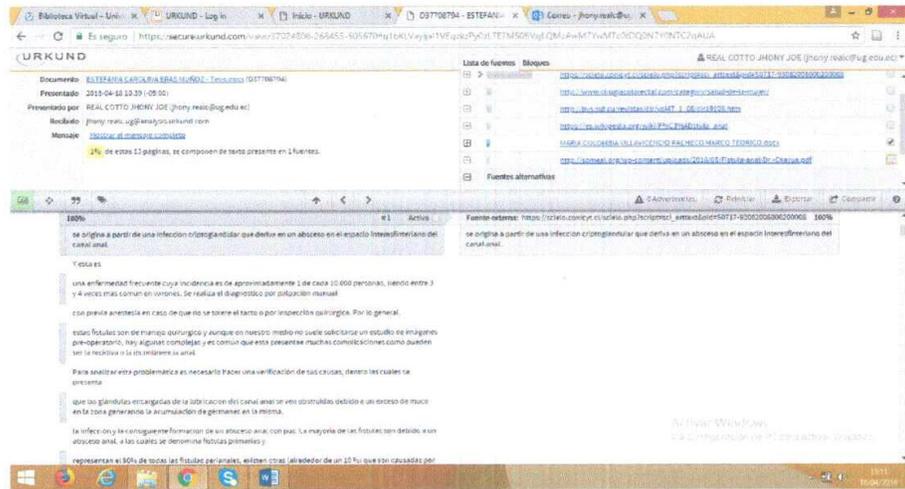
ANEXO 6

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado MARIO RAUL HERNANDEZ BONILLA, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por ESTEFANIA CAROLINA ERAS MUNOZ C.C.:1725983124, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO

Se informa que el trabajo de titulación: "PREVALENCIA DE FISTULAS ANORRECTALES EN PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL", ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (URKUND) quedando el 1% de coincidencia.



<https://secure.urkund.com/view/37024808-268455-505670#q1bKLvayija11VEqzkzPy0zLTE7MS05VsjLQMzAwM7YwMTc0tDQ0N7Y0NTC2qAUA>

DR. MARIO RAUL HERNANDEZ BONILLA  
NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR  
C.I. 0907077176

*Dr. Mario Hernández Bonilla*  
MÉDICO ENDOCRINÓLOGO  
Libro 11 Folio 1465 No. 4213  
REG. SAN. 6693 INH



Universidad de Guayaquil

ANEXO 4

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA  
UNIDAD DE TITULACIÓN

---

Guayaquil, 20 de Abril del 2.018

Sr. Dr.

**DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación "PREVALENCIA DE FÍSTULAS ANORECTALES EN PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL" de la estudiante ERAS MUÑOZ ESTEFANIA CAROLINA, indicando ha cumplido con todos los parámetros establecidos vigentes:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante de muestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, CERTIFICO, para los fines pertinentes, que la estudiante ERAS MUÑOZ ESTEFANIA CAROLINA está apto para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

TUTOR DE TRABAJO DE TITULACION

C.I.

0907077176

*Dr. Mario Hernández Bonilla*  
MÉDICO ENDOCRINÓLOGO  
Libro 11 Folio 1465 No. 4213  
REG. SAN. 6693 INH

## **Dedicatoria**

A mi madre, Yolanda Muñoz Lorenty, a mi padre Jorge Eras Agila, por sus consejos y sabias palabras; por ser mi pilar fundamental cada día que he estado lejos de casa. A mi querida Ariadna, porque tu partida fue inspiración para hacer las cosas cada vez mejor.

## **Agradecimiento**

Agradecida inmensamente con Dios, por cada día que me permite despertar con vida. A mis padres, Jorge Eras Muñoz y Yolanda Muñoz Lorenty, por sus abrazos en los momentos difíciles, a mis hermanos; Byron Eras y Cinthya Eras. A mi tutor, Dr. Mario Hernández Bonilla, por su tiempo y paciencia para con mi trabajo. Gracias por el apoyo.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	3
1. EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	5
1.5 DELIMITACIÓN.....	6
1.6 VARIABLES.....	7
1.7 HIPÓTESIS.....	9
CAPITULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 OBJETO DE ESTUDIO.....	10
FÍSTULAS ANORECTALES.....	10
ANATOMÍA.....	10
CONCEPTO.....	11
ETIOLOGÍA.....	12
FACTORES DE RIESGO.....	13
CLASIFICACIÓN DE LAS FÍSTULAS.....	13
CLASIFICACIÓN DE FA DEL HOSPITAL DE LA UNIVERSIDAD DE SAINT JAMES (INGLATERRA).....	14
FÍSTULA ANORECTAL COMPLEJA.....	15
¿CUÁNDO ES COMPLEJA UNA FÍSTULA?.....	15
DIAGNÓSTICO.....	16
HISTORIA CLÍNICA.....	16
EXPLORACIÓN FÍSICA.....	17
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	17
ESTUDIOS DE GABINETE.....	18
TRATAMIENTO.....	19
MEDICACIÓN.....	19
TÉCNICAS.....	19
COLGAJO ENDORRECTAL DE AVANCE.....	21

COLA DE FIBRINA .....	21
SEDALES.....	21
SEDAL CORTANTE.....	22
SEDALES DE DRENAJE: .....	22
COLGAJOS CUTÁNEOS .....	23
CAPITULO III .....	24
3. MARCO METODOLÓGICO .....	24
3.1 METODOLOGÍA .....	24
3.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO .....	24
3.3 UNIVERSO Y MUESTRA .....	25
3.4 VIABILIDAD .....	25
3.5 VARIABLES .....	26
3.6 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS .....	28
3.7 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA .....	29
3.8 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	29
3.8 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	48
3.9 PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO .....	49
CAPITULO IV.....	50
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
RESULTADOS.....	50
DISCUSIÓN.....	52
CAPITULO VI.....	53
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	53
CONCLUSIONES .....	53
RECOMENDACIONES .....	54
CAPITULO VI.....	55
BIBLIOGRAFÍA .....	55

**ÍNDICE DE TABLAS**

<b>TABLA 1. ESTADÍSTICA DE SEXO .....</b>	<b>30</b>
RESULTADO .....	30
<b>TABLA 2. ESTADÍSTICA DE EDAD. ....</b>	<b>31</b>
RESULTADO .....	31
<b>TABLA 3. ESTADÍSTICA DE PROCEDENCIA.. ....</b>	<b>32</b>
RESULTADO .....	32
<b>TABLA 4. ESTADÍSTICA POR DIETA. ....</b>	<b>33</b>
RESULTADO .....	33
<b>TABLA 5. ESTADÍSTICA DE VARIABLE DE ALCOHOLISMO. ....</b>	<b>34</b>
RESULTADO .....	34
<b>TABLA 6. ESTADÍSTICA DE VARIABLE DEL TABAQUISMO. ....</b>	<b>35</b>
RESULTADO .....	35
<b>TABLA 7. ESTADÍSTICA DE OCUPACIÓN. ....</b>	<b>36</b>
RESULTADO .....	37
<b>TABLA 8. ESTADÍSTICA DE DIAGNÓSTICOS. ....</b>	<b>37</b>
RESULTADO .....	38
<b>TABLA 9. ESTADÍSTICA DE TIEMPO DE MOLESTIA. ....</b>	<b>38</b>
RESULTADO .....	39
<b>TABLA 10. ESTADÍSTICA DE SEXO – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. ....</b>	<b>40</b>
RESULTADO .....	40
<b>TABLA 11. ESTADÍSTICA DE EDAD – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES . ....</b>	<b>41</b>
RESULTADO .....	41
<b>TABLA 12. ESTADÍSTICA DE PROCEDENCIA – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. ....</b>	<b>42</b>
RESULTADO .....	42
<b>TABLA 13. ESTADÍSTICA DE ALCOHOLISMO – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. ....</b>	<b>43</b>

RESULTADO .....	43
<b>TABLA 14. ESTADÍSTICA DE TABAQUISMO – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES.</b> .....	<b>44</b>
RESULTADO .....	44
<b>TABLA 15. ESTADÍSTICA DE OCUPACIÓN – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. .</b>	<b>45</b>
RESULTADO .....	45
<b>TABLA 16. ESTADÍSTICA DE TIEMPO DE MOLESTIA – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. ....</b>	<b>46</b>
RESULTADO .....	46

**ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1.</b> PORCENTAJE DE SEXO .....	<b>30</b>
<b>FIGURA 2.</b> PORCENTAJE DE EDAD. ....	<b>31</b>
<b>FIGURA 3.</b> PORCENTAJE DE PROCEDENCIA.. ....	<b>32</b>
<b>FIGURA 4.</b> PORCENTAJE POR DIETA. ....	<b>33</b>
<b>FIGURA 5.</b> PORCENTAJE DE VARIABLE DE ALCOHOLISMO. ....	<b>34</b>
<b>FIGURA 6.</b> PORCENTAJE DE VARIABLE DEL TABAQUISMO. ....	<b>35</b>
<b>FIGURA 7.</b> PORCENTAJE DE OCUPACIÓN. ....	<b>36</b>
<b>FIGURA 8.</b> PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS. ....	<b>38</b>
<b>FIGURA 9.</b> PORCENTAJE DE TIEMPO DE MOLESTIA. ....	<b>39</b>
<b>FIGURA 10.</b> PORCENTAJE DE SEXO – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. ....	<b>40</b>
<b>FIGURA 11.</b> PORCENTAJE DE EDAD – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES . ....	<b>41</b>
<b>FIGURA 12.</b> PORCENTAJE DE PROCEDENCIA – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. .....	<b>42</b>
<b>FIGURA 13.</b> PORCENTAJE DE ALCOHOLISMO – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. .....	<b>43</b>
<b>FIGURA 14.</b> PORCENTAJE DE TABAQUISMO – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. .....	<b>44</b>
<b>FIGURA 15.</b> PORCENTAJE DE OCUPACIÓN – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. .....	<b>45</b>
<b>FIGURA 16.</b> PORCENTAJE DE TIEMPO DE MOLESTIA – PACIENTES CON FÍSTULAS ANORECTALES. ....	<b>46</b>

**ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>IMAGEN 1.</b> ANATOMÍA DE LA REGIÓN ANAL.....	60
<b>IMAGEN 2.</b> DESCRIPCIÓN DE LA UBICACIÓN DE LAS FÍSTULAS ANORECTALES .....	61
<b>IMAGEN 3.</b> UBICACIÓN DE LOS ABSCESOS PERIANALES.....	62
<b>IMAGEN 4.</b> CLASIFICACIÓN DE LAS FÍSTULAS ANORECTALES DEL HOSPITAL DE LA UNIVERSIDAD DE SAINT.....	63
<b>IMAGEN 5.</b> DIAGRAMA DE FLUJO .....	64
<b>IMAGEN 6.</b> DOCUMENTO DE PETICIÓN DE INFORMACIÓN AL SERVICIO DE ADMISIONES .....	65



Universidad de Guayaquil  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO 13

---

**“PREVALENCIA DE FÍSTULAS ANORECTALES EN PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL”**

**Autor:** Estefanía Carolina Eras Muñoz

**Tutor:** Dr. Mario Hernández Bonilla

**Resumen**

Se define como Fístula Perianal o Anorectal (FA) al trayecto inflamatorio con abertura externa cutánea, en la región perianal y una abertura interna o primaria en el canal anal. Por lo general se origina a partir de una infección criptoglandular o primaria que deriva en un absceso en el espacio interesfinteriano del canal anal. Generalmente todas las fístulas son de origen criptoglandular; los traumatismos, la enfermedad de Crohn, una afección maligna, la radiación o infecciones poco comunes como tuberculosis, actinomicosis y clamidiosis también pueden producir fístulas. Un 80% de las Fístulas Anorectales es provocado por la infección criptoglandular y desarrollo de un absceso interesfinteriano, para lo cual un tacto rectal confirmaría su presencia. Hay otras causas, dentro de las cuales están la enfermedad de Crohn, tuberculosis, procesos inflamatorios pelvianos, traumas. Gran parte también se dan en pacientes que han recibido quimioterapia. Las Fístulas Anorectales son más frecuentes en hombres que en mujeres y la frecuencia de edad es entre los 30 a 50 años de edad. Pacientes con el antecedente de un absceso perianal están en riesgo en un 30% a 50% de las ocasiones. El cuadro común es la persistencia de abscesos frecuentes, seguidos de secreción intermitente o constante

habituales. El material que drena es purulento o serosanguíneo. Y a su vez, puede presentarse dolor en caso de infección o si el orificio se llega a cerrar. ☒ Síntomas: Supuración perianal, prurito, ardor al defecar, dolor, sangrado. Este sangrado suele manchar la ropa interior, humedad perianal. Inspección: Uno o más orificios, por lo general en los márgenes del ano. Palpación: Necesariamente el trayecto de la fístula, consistencia y disposición recuerda la de un cordón resistente. Y también un área de infiltración próxima al orificio secundario. Tacto rectal: Corresponde a una induración en el sitio que corresponde al orificio primario, en la línea pectínea. Dentro de las Técnicas quirúrgicas se encuentran la Fistulotomía, que corresponde a la apertura longitudinal de todo el trayecto fistuloso. Que suele estar relacionado con una marsupialización de los bordes de la fístula, evitando el cierre en falso de la herida. Drenando el absceso se disminuye el riesgo de recurrencias y continuidad de una fístula, y la necesidad de una cirugía próxima. En las Fístulas Anorectales Complejas (afectan a más de la mitad del esfínter externo o tienen varios trayectos). La relación entre todas estas técnicas es la ausencia de sección del esfínter. La manera más sencilla se basa en el relleno del trayecto fistuloso, queriendo dejar cicatriz en el daño.

**Palabras Clave:** Fístula, Prevalencia, Ano, Absceso, Fistulotomía



Universidad de Guayaquil

ANEXO 14

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**Unidad de Titulación**

---

**"PREVALENCE OF ANORECTAL FISTULES IN PATIENTS THAT ARE SERVED BY  
THE COLOPROCTOLOGY SERVICE OF GUAYAQUIL HOSPITAL"**

**Author:** Estefanía Carolina Eras Muñoz

**Advisor:** Dr. Mario Hernández Bonilla

**Abstract**

It is defined as Perianal or Anorectal Fistula (AF) to the inflammatory pathway with external cutaneous opening, in the perianal region and an internal or primary opening in the anal canal. Usually, it originates from a cryptoglandular or primary infection that leads to an abscess in the intersphincter space of the anal canal. Generally all fistulas are of cryptoglandular origin; Trauma, Crohn's disease, a malignant condition, radiation, or rare infections such as tuberculosis, actinomycosis, and chlamydia can also cause fistulas. 80% of Anorectal Fistulas are caused by cryptoglandular infection and the development of an interfunctional abscess, for which a digital rectal examination confirms their presence. There are other causes, among which are Crohn's diseases, tuberculosis, pelvic inflammatory processes, and traumas. A large part also occurs in patients who have received chemotherapy. Anorectal Fistulas are more frequent in men than in women and the frequency of age is between 30 to 50 years of age. Patients with a history of perianal abscess are at risk in 30% to 50% of cases. The common picture is the persistence of frequent abscesses, followed by habitual intermittent or constant discharge. The material that drains is purulent or serosanguineous. And in turn, pain may occur in case of infection or if the orifice is closed. — Symptoms: Perianal suppuration, pruritus, burning

during defecation, pain, bleeding. This bleeding usually stains underwear, perianal moisture. Inspection: One or more holes, usually on the margins of the anus. Palpation: Necessarily the trajectory of the fistula, consistency and disposition, reminds that of a resistant cord. And also an infiltration area next to the secondary orifice. Rectal examination: Corresponds to an induration at the site corresponding to the primary orifice, on the pectineal line. Within the surgical techniques are the Fistulotomy, which corresponds to the longitudinal opening of the entire fistulous tract. Which is usually related to a marsupialization of the edges of the fistula, avoiding the false closing of the wound. Draining the abscess reduces the risk of recurrence and continuity of a fistula, and the need for a nearby surgery. In Complex Anorectal Fistulas (they affect more than half of the external sphincter or have several paths). The relationship between all these techniques is the absence of sphincter section. The simplest way is based on filling the fistulous tract, wanting to leave a scar on the damage.

**Words key:** Fistula, Prevalence, Anus, Abscess, Fistulotomy

## **Introducción**

El presente trabajo de investigación se refiere a realizar un estudio de la Prevalencia de las Fístulas Anorectales en pacientes que acuden al servicio de Coloproctología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil, el presente tema es relevante en importancia ya que alude un problema de estilo y calidad de vida que se va desarrollando debido a malos hábitos en la manera en la que se vive el día a día. Las Fístulas Anorectales que se pueden definir como un canal anómalo que va del ano o el recto hasta la piel que preside al ano pero que en otra variante va a de un órgano a otro como lo es vagina por ejemplo y que en este trabajo esa variante no forma parte de estudio en sí.

El estudio del presente tema se lo realizará mediante el conteo estadístico de casos que se han visto en el Servicio de Coloproctología del Hospital Guayaquil, es decir la prevalencia, de manera que esto se va a realizar obteniendo el número de casos que son facilitados por el Servicio encargado en si del mismo, en la Institución.

La característica principal de este tipo de trabajo es que se origina a partir de una infección criptoglandular que deriva en un absceso en el espacio interesfinteriano del canal anal. Y ésta es una enfermedad frecuente cuya incidencia es de aproximadamente 1 de cada 10.000 personas, siendo entre 3 y 4 veces más común en varones. Se realiza el diagnóstico por palpación manual con previa anestesia en caso de que no se tolere el tacto o por inspección quirúrgica. Por lo general, estas fístulas son de manejo quirúrgico y aunque en nuestro medio no suele solicitarse un estudio de imágenes pre-operatorio, hay algunas complejas y es común que está presente muchas complicaciones como pueden ser la recidiva o la incontinencia anal.

Para analizar esta problemática es necesario hacer una verificación de sus causas, dentro las cuales se presenta que las glándulas encargadas de la lubricación del canal anal se ven obstruidas debido a un exceso de moco en la zona generando la acumulación de gérmenes en la misma, la infección y la consiguiente formación de un absceso anal con pus. La mayoría de las fístulas son debido a un absceso anal, a las cuáles se denomina fístulas primarias y representan el 90% de todas las fístulas perianales, existen otras (alrededor de un 10 %) que son causadas por la enfermedad de Crohn, enfermedades de transmisión sexual, sexo anal, trauma, tuberculosis, cáncer, diabetes, un sistema inmunitario debilitado, enfermedades hematológicas o divertículos. Las fístulas secundarias pueden ser por secuelas de tratamientos radioterapéuticos.

La investigación de esta problemática en la salud radica en el interés de conocer su mejoramiento para el consiguiente bienestar en la calidad de vida de quienes la presenten, y a su vez conocer mediante el conteo de prevalencia, la cantidad de pacientes que han llegado con la patología al servicio de la especialidad. Denota entonces ahí, la importancia de saber si los pacientes presentan alguna complicación debido a algún factor de riesgo en especial. Y a su vez el interés del presente estudio se va desarrollando a medida que se vayan conociendo la cantidad de casos que hayan sido presentados. Aportando entonces un estudio de conteo de pacientes para que exista una base más en futuras investigaciones.

## **CAPITULO I**

### **1. EL PROBLEMA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En base a la demanda de pacientes que acuden al Servicio de Coloproctología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, presentando Fístulas Anorectales se plantea realizar el estudio de prevalencia de las mismas, debido a que la patología representa un malestar en el estilo de vida, comodidad de los pacientes que la padecen.

#### **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

**“¿Cuál es la Prevalencia de Fístulas Anorectales en pacientes que acuden al Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil en el Periodo de Julio 2.016 a Junio 2.017?”.**

### 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### **Objetivo General:**

- a. Determinar la prevalencia de Fístulas Anorrectales en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón”

#### **Objetivos Específicos:**

- b. Investigar factores predisponentes que desencadenan la Fístula Anorrectal.
- c. Investigar diferentes técnicas en el manejo de las Fístulas Anorrectales.
- d. Determinar las complicaciones del tratamiento quirúrgico de las Fístulas Anorrectales

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

Una problemática dentro de la mejora del Bienestar de la Salud en el área de la Medicina son las Fístulas Anorectales, esta es una complicación de un Absceso primario en la mucosa. La Fístula Anorectal es un canal anormal que conecta la superficie interna del canal anal y la piel que rodea el canal perianal. Mi estudio va enfocado en realizar un abordaje investigativo de recolección de datos de casos que han llegado a la consulta externa del servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil.

Debido a que en nuestra ciudad no se cuenta con muchos especialistas en el área de Coloproctología, la mayoría de los pacientes son valorados por los médicos generales, los cuales a pesar de tener un conocimiento general del mismo no son especialistas en Coloproctología. Por lo que el presente trabajo va encaminado a realizar una evaluación consciente y seria basada en el conocimiento pedagógico para dejar siembra en la guía práctica de Coloproctología.

Es importante realizar una buena valoración clínica, puesto que lastimosamente en esta subespecialidad muchos médicos no especialistas se olvidan del conocimiento básico, clínico de su tratamiento y manejo. Diariamente llegan a la consulta externa, pacientes tratados por 2 años sin presentar mejoría definitiva; donde al realizar la historia clínica se les preguntaba si habían sido examinados en totalidad su región anal y perianal a lo cual contestaban que no. Al realizar este examen en conjunto con el médico encargado del área se pudo identificar un sin número de patologías como Prolapsos rectales, tumores malignos de región anal y perianal, Fístulas Anorectales, fisuras, etc. Debido a esto me interesé por el tema de Fístulas Anorectales.

Cabe recalcar que en la trascendencia de la evolución de las Fístulas el tratamiento no representa una solución solo de comodidad, más bien en totalidad es una solución que

involucra mejorar todo el estilo de vida de la persona que padece de la misma porque recordando que dentro de los principales factores de riesgo para el desarrollo de una fístula es que exista una primera laceración epitelial, y esto a nivel rectal tendría una estrecha relación con los hábitos defecatorios, lo que a su vez va de la mano con los desechos orgánicos producto de la ingesta.

Valorar el hecho de mantener una buena alimentación, cambios de estilo se adentra a los aspectos favorables dentro de las variables a presentar.

### **1.5 DELIMITACIÓN**

El estudio se va a realizar enfocado al área de Consulta Externa especialidad Coloproctología del Hospital Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil, se estima realizar el estudio con un mínimo de 100 casos- pacientes, el estudio se realizará en un periodo de 1 año, comprendido de Julio 2.016 a Junio 2.017, para los cuales una de las problemáticas será la diferenciación de que los pacientes hayan llegado a la consulta específicamente por un cuadro de Fístula Anorectal, que bien sea ya diagnosticada y complicada o simplemente no diagnosticada ni tratada previamente.

Una problemática será en si, enfocarse en la respuesta al tratamiento de reparación de la Fístula Anorectales, por el grado de recidiva que después el paciente vaya a presentar y más que todo porque si el paciente se vaya a presentar o no en la continuidad del tratamiento.

Como solución a evitar en esta problemática está el realizar un conteo de casos presentados, mediante un estudio de Prevalencia, en el cual voy a utilizar la demostración con Tablas y gráficos con porcentajes estadísticos.

## 1.6 VARIABLES

<b>OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES</b>					
<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>FUENTE</b>
<b>DEMOGRÁFICOS FACTORES</b>	<b>EDAD</b>	Edad, con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	<b>CALCULO A PARTIR DE LA FECHA DE NACIMIENTO EN SU CEDULA DE IDENTIDAD</b>	<b>AÑOS</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>
	<b>SEXO</b>	Serie de variantes que conducen a ideas en general, la diferenciación de las especies y la reproducción de la raza	<b>CARACTERÍSTICAS FÍSICAS SEXUALES</b>	<b>GENERO</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>

	<b>PROCEDENCIA</b>	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo.	<b>PROVINCIA</b>	<b>URBANO</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>
				<b>RURAL</b>	
<b>FACTORES ECONÓMICOS</b>	<b>OCUPACIÓN</b>	Acción de ocupar.	<b>TIPO DE ACTIVIDAD DEL QUE OBTIENE INGRESOS ECONÓMICOS</b>		<b>HISTORIA CLÍNICA</b>
<b>FACTORES SOCIOCULTURALES</b>	<b>DIETA</b>	Control o regulación de la cantidad y tipo de alimentos que toma una persona o un animal, generalmente con un fin específico.	<b>CARACTERÍSTICAS ALIMENTICIAS DE UNA PERSONA</b>	<b>HIPERCALÓRICO</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>
	<b>ALCOHOL</b>	Bebida que contiene alcohol etílico.	<b>BEBIDA COMPUESTA DE ALCOHOL ETÍLICO</b>	<b>HIPERPROTEICA</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>
				<b>CONSUMO</b>	

	<b>TABACO</b>	El tabaco es un producto vegetal que se obtiene de la planta conocida como Nicotiana, siendo además el elemento principal y central de los cigarrillos de tabaco.	<b>PRODUCTO COMPUESTO DE NICOTINA, QUE SE INHALA</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>
--	---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	----------------	-----------------------------

### 1.7 HIPÓTESIS

La Fístula Anorectal corresponde a una patología cuya presentación va precedida por un absceso, que no mejora con drenaje o antibioticoterapia.

## **CAPITULO II**

### **1. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 OBJETO DE ESTUDIO**

##### **Fístulas Anorectales**

##### **Anatomía**

El esfínter interno, involuntario, compuesto por fibras de musculares lisas y responsables del 85% del tono muscular anal y el esfínter externo compuesto por músculo estriado, de los elevadores del ano y del puborrectal, corresponden a un 15% al tono anal. Mientras que la capacidad contráctil del esfínter externo basta para la continencia y el hecho de que no sea continua puede alterarla. (1) Imagen 1.

Es necesario que se conozca la anatomía normal del Esfínter Anal para de esa manera lograr una buena esquematización, inspección y comprensión al momento de valorar una Fístula, de tal manera para realizar una buena evaluación y descripción de los hallazgos. El plano más idóneo para realizar los estudios es el axial en resonancia magnética (1)

Anatómicamente es característico que:

El músculo puborrectal corresponde a la parte más periférica de la mitad superior del esfínter externo.

El canal anal se observa hiperintenso en T2 en Resonancia Magnética.

Por fuera a ambos lados del complejo esfinteriano están las fosas isquiorrectales, y estos a su vez corresponden a situaciones con contenido graso en donde se pueden ser asentar fístulas o abscesos transesfinterianos. (1)

Es importante destacar que en el plano coronal se encuentra el elevador del ano y sus fascias que separan esta región de la excavación pelviana (1)

### **Concepto**

Se define como Fístula Perianal o Anorectal (FA) al trayecto inflamatorio con abertura externa cutánea, en la región perianal y una abertura interna o primaria en el canal anal. Por lo general se origina a partir de una infección criptoglandular o primaria que deriva en un absceso en el espacio interesfinteriano del canal anal. Se trata de una enfermedad frecuente cuya incidencia es de aproximadamente 1 de cada 10.000 personas, siendo entre 3 y 4 veces más común en varones. (1)

La mayor parte de las fístulas está formada por un orificio interno localizado a distintos niveles del canal anal. (2)

Generalmente todas las fístulas son de origen criptoglandular; los traumatismos, la enfermedad de Crohn, una afección maligna, la radiación o infecciones poco comunes como tuberculosis, actinomicosis y clamidiosis también pueden producir fístulas. (3)

El término de Fístulas Complejas se atribuye a aquellas que han sido tratadas quirúrgicamente en más de una ocasión, que no son de origen criptoglandular, las fístulas anteriores en mujeres y aquellas cuyo trayecto, al ser abordado quirúrgicamente, requiere la sección de más de 30% del aparato esfinteriano. (4).

El diagnóstico tradicionalmente se ha realizado por palpación manual con la ayuda de anestesia o por un chequeo quirúrgico. Estas fístulas en sí, son de manejo quirúrgico y

aunque en nuestro medio no suele solicitarse un estudio de imágenes pre-operatorio, hay algunas complejas cuya reparación quirúrgica no está exenta de complicaciones, tales como la recidiva o la incontinencia anal. (1) Se necesita realizar exámenes de imagen para conocer el trayecto de la fístula. (5)

## **Etiología**

Un 80% de las Fístulas Anorectales es provocado por la infección criptoglandular y desarrollo de un absceso interesfinteriano, para lo cual un tacto rectal confirmaría su presencia. (6) Hay otras causas, dentro de las cuales están la enfermedad de Crohn, tuberculosis, procesos inflamatorios pelvianos, traumas. (1) Gran parte también se dan en pacientes que han recibido quimioterapia. (7) Se asocian patologías tales como infección transmitida sexualmente, Diabetes, Cáncer, Sida, VIH o uso de la Prednisona. (8)

Según la teoría criptoglandular, casi todas las fístulas se originan en una obstrucción de unas glándulas del interior del canal anal, y la función de éstas es la de mantener lubricado el canal para permitir que las heces salgan sin laceraciones. (5), (9)

Las criptas glandulares se encuentran a la altura de la línea pectínea y estas a su vez se extienden a través de las fibras del esfínter interno hasta el espacio interesfinteriano, y esta se encuentra compuesto por tejido conjuntivo y grasa. Las fístulas por lo general se pueden dirigir hacia la piel, lo que ocurre en el 70% de los casos, también pueden cruzar el esfínter externo para terminar en las fosas isquiorrectales, lo que ocurre en 20% de los casos. Se pueden observar abscesos en el trayecto de estas fístulas, principalmente en el espacio interesfinteriano o en la fosa isquiorrectal. (1)

La extensión de la infección de la glándula anal aparece en tres sentidos:

- ✚ La primera es hacia abajo, para formar un absceso perianal en la etapa aguda y una fístula interesfintérica en la fase crónica. (4) Imagen 3

- ✚ La segunda es lateral, penetrando el esfínter externo para crear un absceso isquiorrectal en la fase aguda y una fístula transesfintérica en la crónica. (4) Imagen 3
- ✚ 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. (4) Imagen 3

### **Factores de Riesgo**

Las Fístulas Anorectales son más frecuentes en hombres que en mujeres y la frecuencia de edad es entre los 30 a 50 años de edad. Pacientes con el antecedente de un absceso perianal están en riesgo en un 30% a 50% de las ocasiones. (4)

Entre las causas que favorecen las Fístulas Anorectales, se considera:

- ✓ Infección criptoglandular (6)
- ✓ Trauma (6)
- ✓ Patología inflamatoria que afecta la región Anorectal (6)
- ✓ Patología inflamatoria intraabdominal que drena hacia la piel, la más común la enfermedad diverticular complicada (3)

### **Clasificación de las Fístulas**

Los Coloproctólogos utilizan un sistema horario cuando se refieren a la ubicación de las lesiones en torno a la región anal, en el que las 12 es el periné anterior, las 6 al rafe posterior, las 9 al margen anal derecho y las 3 al margen anal izquierdo. Esto ayuda a la ubicación en los cortes axiales realizados con Resonancia Magnética. (1) Imagen 2

Antes, la clasificación utilizada era la establecida por Goodsall, él decía que aquellas Fístulas Anorectales que se encontraban en una situación anterior a la línea media o

transversa anal se dirigen directo hacia el canal anal. Mientras que, aquellas que estaban posteriores a esta línea, siguen un trayecto curvo. (1)

Sin embargo, se ha impuesto la clasificación del Hospital de la Universidad de St. James, propuesta por Parks. Se basa en el recorrido de las Fístulas Anorectales en el plano coronal. Ahora se ha adaptado esta clasificación al uso en Resonancia Magnética comprendiendo 5 grados. Y ha sido aceptada quirúrgicamente. (7)

### **Clasificación de FA del Hospital de la Universidad de Saint James (Inglaterra)**

**Grado I.** Fístula interesfinteriana simple. Es la más común de las Fístulas Anorectales, correspondiendo un trayecto recto entre el canal anal y la piel del periné, sin ramificaciones o abscesos asociados. El recorrido está especificado al espacio interesfinteriano, no relaciona a la musculatura de los elevadores del ano ni la fosa isquiorrectal. (7) Imagen 4

**Grado II.** Fístula interesfinteriana con absceso interesfinteriano, La enfermedad está enfocada al espacio interesfinteriano, generando una colección inflamatoria en el tejido graso o tractos secundarios. Adquiriendo una forma "en herradura". (7) Imagen 4

**Grado III.** Fístula transesfinteriana. Pasa el espacio interesfinteriano y alcanza el esfínter externo, llegando a la fosa isquiorrectal. Continuando hacia caudal para abrirse en la piel de la región perineal. (7) Imagen 4

**Grado IV.** Fístula transesfinteriana con absceso o trayecto secundario en la fosa isquiorrectal. Complicación, formándose una colección o absceso en el espesor de la fosa isquiorrectal o isquioanal. (7) Imagen 4

**Grado V.** Enfermedad supraelevadores y transelevadores. Extendiéndose hacia craneal, llegando hasta la pelvis, encima de los elevadores del ano. (7) Imagen 4

Lo relevante del estudio de la clasificación es la caracterización y separación del compromiso del espacio interesfinteriano (grados 1, 2), del transesfinteriano (grados 3, 4), pues este último evita mejor la continencia después de la cirugía. Divide el compromiso infrapelviano (grados 1-4) del pelviano (grado 5) que abarca el plano por sobre los elevadores del ano y sus fascias. (7)

### **Fístula Anorectal compleja**

#### **¿Cuándo es compleja una fístula?**

Aproximadamente, el 100% de las Fístulas Anorectales suelen curarse después del tratamiento quirúrgico, teniendo en mente el problema de la incontinencia anal posoperatoria. Las Fístulas Anorectales evolucionan con buen pronóstico, presentan un orificio externo, interno evidente y un trayecto único, rectilíneo y bajo. La solución quirúrgica es fácil y con poco riesgo de incontinencia anal. (8)

Si esto no se da de la manera descrita, hablamos de una Fístula Anorectal compleja (FAC). La complejidad se encuentra dictada por las características fisio-anatómicas de la fístula o por la complejidad de la cirugía que nos va a llevar a evitar y controlar la continencia. Algunos estudiosos del tema creen que, deben llamarse como complejas las fístulas que abarcan lo siguiente:

- Fístulas supraesfinterianas, transesfinterianas altas y algunas transesfinterianas medias.

- Fístulas extraesfinterianas.
- Fístulas con trayectos secundarios y cavidades intermedias.
- Fístulas recidivadas.
- Fístulas sin orificio interno.
- Fístulas con varios orificios internos o bien orificios situados por encima de la línea pectínea.

Las fístulas rectovaginales, las que se dan después de radioterapia y las de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sobretodo enfermedad de Crohn, son muy complejas. (8)

Pacientes con abscesos isquiorrectal poseen alto riesgo de presentar una fístula compleja. La fistulotomía primaria no se aconseja puesto que se puede presentar una fístula después de drenar el absceso. (11) Estas se pueden presentar como una tumoración inflamada, roja y caliente en el borde del ano. (12). Presentándose también como un tejido duro e hipersensible en la zona afecta. (13)

## **Diagnóstico**

### **Historia Clínica**

Se requiere identificar síntomas que relaciones enfermedad intestinal y situaciones anteriores que comprometan la función del esfínter anal, así como cirugía o trauma. Es necesario indagar acerca de antecedentes de enfermedades intestinales y descartar enfermedad inflamatoria intestinal, sobre todo enfermedad de Crohn, además de tuberculosis y VIH y antecedentes de hidradenitis supurativa, (4)

## **Exploración Física**

Hay que realizar un buen examen físico, más que todo la observación, el orificio secundario (externo) suele observarse como un área de menor tamaño invaginado de tejido de granulación y que presenta salida de material purulento o sangre a la compresión. El recorrido fistuloso se puede palpar como una estructura en forma de cordón, si esta es superficial. La exploración digital puede identificar el orificio primario (interno) y la presencia de trayectos fistulosos secundarios. (4)

La exploración puede ser con anestesia también, en quirófano, añadiendo peróxido de hidrógeno diluido a través del orificio secundario mientras se realiza la anoscopia para identificar el orificio primario. (4)

## **Manifestaciones Clínicas**

El primer síntoma es la presencia de un absceso perianal, que es una bolsa de pus debajo de la piel cercana al ano. (5) Produce un dolor incapacitante en toda la región anal. (11)

El cuadro común es la persistencia de abscesos frecuentes, seguidos de secreción intermitente o constante habituales. (9). El material que drena es purulento o serosanguíneo. Y a su vez, puede presentarse dolor en caso de infección o si el orificio se llega a cerrar. (4)

Se pueden observar una o más aberturas secundarias. Se suele palpar un trayecto en forma de cordón. Y si se introduce una sonda en el trayecto permite determinar la profundidad, la dirección y con frecuencia, abertura primaria. (9)

Las manifestaciones serían:

- Dentro del más importante, es la existencia de un absceso anterior o de una secreción perianal. (10)
- **Síntomas:** Supuración perianal, prurito, ardor al defecar, dolor, sangrado. (10)  
Este sangrado suele manchar la ropa interior, humedad perianal. (5)
- **Inspección:** Uno o más orificios, por lo general en los márgenes del ano. (10)
- **Palpación:** Necesariamente el trayecto de la fístula, consistencia y disposición recuerda la de un cordón resistente. Y también un área de infiltración próxima al orificio secundario. (10)
- **Tacto rectal:** Corresponde a una induración en el sitio que corresponde al orificio primario, en la línea pectínea. (10)

### Estudios de Gabinete

Tenemos:

- La Manometría; usado en situaciones especiales, pacientes con antecedentes personales de incontinencia. (4)
- La Fistulografía, el Ultrasonido Endoanal, la resonancia magnética y la tomografía computada ayudan a definir la anatomía de la Fístula Anal. (4)
- La Fistulografía; es útil en las Fístulas Extraesfintéricas, si se piensa de fístulas que comenzaron en el área intraabdominal. (4)
- La Tomografía Computada es útil si la Resonancia Magnética no está disponible o está contraindicada. (4)
- Primero es la Ultrasonografía Anal, especialmente en Fístulas Complejas. (4)
- La Resonancia Magnética es el método de preferencia en el estudio de las fístulas. Más que todo para la caracterización del trayecto. (11)

Las fístulas criptogenéticas deben diferenciarse de la hidradenitis supurativa, el quiste pilonidal, los senos dérmicos supurativos y las fístulas uretroperineales. (9)

## **Tratamiento**

### **Medicación**

La medicación debe ser enfocada en el tipo de fístula que vamos a tratar. Es decir, el tratamiento conlleva un antibiótico y unos ablandadores de las heces para ayudar a disminuir el dolor durante los movimientos del intestino. (11) Imagen 5

### **Técnicas**

Dentro de las Técnicas quirúrgicas se encuentran la Fistulotomía, que corresponde a la apertura longitudinal de todo el trayecto fistuloso. Que suele estar relacionado con una marsupialización de los bordes de la fístula, evitando el cierre en falso de la herida. (8) Drenando el absceso se disminuye el riesgo de recurrencias y continuidad de una fístula, y la necesidad de una cirugía próxima. (4)

Tratar la fístula al mismo tiempo que la incisión y drenaje del absceso genera entonces muchísimo más beneficio para evitar complicaciones. (13) Enfermos inmunodeprimidos y los que padezcan abscesos profundos deben recibir medicación antibiótica. (16). El ultrasonido de 360º permite observar el absceso. (17). Al tratar se necesita realizar un pequeño corte, drenar o en casos más avanzados la cirugía. (18)

El principal objetivo es no dañar zonas musculares debido al riesgo de incontinencia que esto generaría. (22)

Ahora, existen tratamientos como el LIFT (cirugía mínimamente invasiva del ano), tapones, colas, láseres, clips y en casos muy especiales, el uso de células madre. (11)

Se considera mejor a la fistulotomía que a la fistulectomía, puesto que la fistulectomía proporciona una herida que demora más en curar y genera más daño a los esfínteres. La fistulotomía es el método que mayor beneficio ofrece, por lo general del 90%. Una última publicación del grupo de St. Mark's muestra curación mediante fistulotomía del 96% de las Fístulas Complejas. (11)

El uso del sedal no mejora mucho los resultados, no es lo mismo seccionar o no el esfínter anal interno (EAI) al colocar el sedal, puesto que un último metaanálisis señaló que su preservación disminuye la incontinencia postoperatoria. Tanto la fistulotomía y sedal van dañando de a poco las presiones y anatomía esfinterianas. Dejar el sedal laxo en pacientes sin enfermedad de Crohn, resulta un 50% de recurrencias, y no es útil en la práctica. (11)

Es entonces muy útil conocer la relación entre el trayecto de la Fístula y el esfínter anal, ya que una lesión del mismo podría causar mal funcionamiento provocando incontinencia fecal. (5)

Se puede realizar un drenaje si aparece supuración e inflamación importante, el cual el paciente llevará hasta la intervención quirúrgica definitiva. (5)

En las fístulas Anorectales simples (aquí el trayecto atraviesa sólo el esfínter interno y la parte inferior del esfínter externo), se usa con frecuencia la fistulotomía. (5)

La fistulotomía de marsupialización de bordes es pues la preferencia en las fístulas simples, con recurrencia aproximadamente de 2% y 9%, modificación de continencia entre 0% al 17%. (4)

El tratamiento preciso de una fístula Anorectal depende del lugar en donde se encuentra y del lado del esfínter anal afectado. (13)

### **Colgajo endorrectal de avance**

Corresponde a la técnica más usada en el tratamiento de las fístulas altas. Técnica antigua, descrita en 1.902 por Noble para el tratamiento de fístulas rectovaginales y aplicada por Eltig 10 años más adelante para las Fístulas Anorrectales. (8)

Se realiza una escisión total, casi parcial del trayecto fistuloso y del orificio interno, se moldea un colgajo de mucosa gruesa y ancha que abarca parte de fibras del esfínter interno, teniendo en cuenta su consistencia y vascularización, que se desplaza en sentido craneocaudal hasta cubrir toda la superficie cruenta de la vertiente interna de la fístula. Obteniendo una barrera ante la presión del interior del canal anal, también dar tejido bien vascularizado para tener una cicatrización definitiva. (8)

Una ventaja es la reutilización en las recidivas. La principal complicación es la infección. (8)

### **Cola de fibrina**

Esta técnica, a base de proteínas plasmáticas (16) , aquí se inyecta por el orificio externo de la fístula una sustancia que actúa como pegamento para llenar la fístula y taparla. (17) La indicación corresponde a la fístula con trayecto único y largo que no tenga cavidades intermedias, que no presente infección. Los índices de curación que va alrededor entre el 14 y el 85%. (8)

### **Sedales**

Anteriormente se usaban crines de caballo que se ajustaban de forma progresiva para poner a plano de forma progresiva el trayecto de la fístula. Esta técnica relaciona el orificio interno y externo, y anudándose en el exterior. (8)

Pacientes con fístulas complejas que necesiten técnicas con sedales necesitan muchos cuidados, como por ejemplo: limpiarlo, tratarlo con cuidado, no dejar que el nudo se inserte dentro del orificio de la fístula, anudarlo en caso necesario y hacer ejercicios de contracción de esfínteres. (14) Se recomienda tomar un baño de asiento 2 ó 3 veces al día, de largo hasta que cicatrice. (19)

### **Sedal cortante.**

En base al principio ya conocido, presenta un riesgo de afectación de la continencia a corto o largo plazo. (8)

### **Sedales de drenaje:**

Material: seda, enfocado en la eliminación del origen de la fístula eliminando la zona criptoglandular, creando una fibrosis en la zona. Mucha probabilidad de alteración de continencia. (8)

**Sedal como marcaje** Como medio definitivo de tratamiento en caso de una infección activa en el trayecto de la fístula. (8)

**Sedal indefinido** Se usa más en pacientes con enfermedad de Crohn o con continencia insuficiente en los que la cirugía puede provocar una incontinencia severa definitiva. (8)

**Colgajos cutáneos**

Se realiza después de una fistulectomía completa, curetaje y el cierre del orificio interno, sirve hacer más sólido el cierre del orificio interno, quedando el orificio externo para drenaje. (8)

En las Fístulas Anorrectales Complejas (afectan a más de la mitad del esfínter externo o tienen varios trayectos). La relación entre todas estas técnicas es la ausencia de sección del esfínter. La manera más sencilla se basa en el relleno del trayecto fistuloso, queriendo dejar cicatriz en el daño. (5)

## **CAPITULO III**

### **2. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Metodología**

Se realizará un estudio de los casos de Fístulas Anorectales que han sido evaluados clínicamente y tratados con las diferentes técnicas terapéuticas o quirúrgicas en el Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil en el periodo de tiempo de un año de los meses que van de Julio del 2.016 a Junio del 2.017. Con la significativa finalidad de establecer un estudio de prevalencia de los casos que han sido resueltos y/o recidivantes a corto o largo plazo aparte de aquellos en los cuales por parte de los pacientes hubo abandono del tratamiento y que no se vieron más en el Servicio de la Especialidad.

El enfoque de mi presente trabajo de Titulación es cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y de tipo Analítico.

#### **3.2 Caracterización de la Zona de Trabajo**

Estando en Ecuador, provincia del Guayas, perteneciente a la Zona 8, Cantón Guayaquil y Localidad Calle 29 y Galápagos queda El Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. La presente investigación es realizada en el mismo, entidad con 44 años de vida institucional, es la casa de salud de tercer nivel de la región Costa ofreciendo sus servicios especializados a nivel nacional en la ciudad de Guayaquil El

Hospital cuenta con todas las especialidades necesarias para todo tipo de atención, motivo por el cual me enfoqué en seleccionar el área de Coloproctología para realizar mi trabajo de investigación de Prevalencia de Fístulas Anorectales.

### **3.3 Universo y Muestra**

Los casos para la realización de la presente obra de investigación se realizó en el Área de Coloproctología, de El Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, tomando un universo de 100 casos de pacientes dentro de los cuales se establece la población muestreada que corresponde a los casos significativos que representan un factor de riesgo para la población objetivo que corresponde a los pacientes que acuden al servicio de Coloproctología presentando Fístulas Anorectales.

Para la realización de la obra el enfoque de estudio está dado en las historias clínicas de los pacientes con la respectiva recabación de datos y a la vez organizados en una Tabla de Recolección de Datos, que toma en cuenta variables características y significativas para el porcentaje de prevalencia.

### **3.4 Viabilidad**

Las Fístulas Anorectales representan un tema de importancia en Coloproctología debido a que dé como en toda patología, se enfoca en la mejora del paciente, es decir, en el bienestar de salud. Para la obtención de estos datos de casos, se observa viable la realización del mismo puesto que si se presenta con relativa frecuencia la presencia de las Fístulas en Pacientes especialmente de 35 a 60 años de edad.

### 3.5 Variables

**Edad:** Con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

**Sexo:** Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras. Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.

**Procedencia:** Del latín procedens, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.

**Ocupación:** Ocupación es un término que proviene del latín ocupación y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.

**Dieta:** Una dieta es el conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos. El concepto proviene del griego *dáita*, que significa “modo de vida”. La dieta, por lo tanto, resulta un hábito y constituye una forma de vivir.

**Alcoholismo:** Se denomina alcoholismo a la adicción a las bebidas alcohólicas. Se trata, por lo tanto, de una enfermedad provocada por el consumo excesivo de este tipo de bebidas, que genera diversos trastornos en la salud.

**Tabaquismo:** El tabaquismo es un daño de características crónicas que se produce en la persona que consume tabaco en exceso. El concepto también se utiliza para nombrar a la adicción que un sujeto experimenta por el tabaco, lo que suele generarse por la nicotina.

#### **Dentro de la Operacionalización de las variables:**

La variable de edad, se dividió en grupos de estudios de entre 20 a 40 años, 41 a 60 años y personas >61 años de edad.

La variable de Sexo, se dividió en Personas de Sexo Masculino y Femenino.

La variable de procedencia en la Operacionalización en zona urbana y rural

La variable de ocupación en Profesionales académicos, personas con vida laboral, amas de casa y jubilados.

La variable Dieta en hipercalórica e hiperproteica.

La variable de Alcoholismo en personas que si consumen y en quienes no consumen.

La variable de Tabaquismo en personas que si consumen y en quienes no consumen.

### **3.6 Recursos Humanos y Físicos**

#### Recursos Humanos

- Tutor
- Investigador
- Pacientes

#### Recursos Físicos

- Hojas A4
- Pluma BIC azul y negra
- Libros de investigación
- Folletos de investigación
- Revistas de publicaciones de Fístulas
- Transporte

### **3.7 Instrumentos de Evaluación o recolección de la data**

Dentro del Instrumento seleccionado, utilice la Tabla de Recolección de Datos, dentro las cuales los ítems, son variables. En la cual los datos provienen de las estadísticas tomadas de las historias clínicas, de pacientes que acuden al Servicio de Coloproctología del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón.

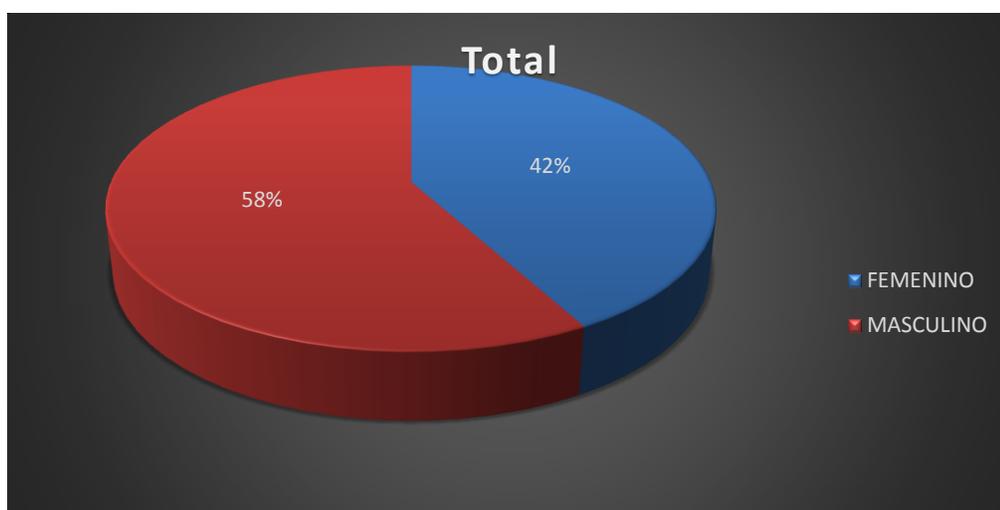
### **3.8 Metodología para el Análisis de los Resultados**

## Estadísticas

SEXO		
GENERO	CASOS	%
HOMBRES	58	58%
MUJERES	42	42%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla 1.** Estadística de Sexo

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 1.** Porcentaje de Sexo

**Fuente:** Tabla de recolección de datos, casos de las Historias Clínicas

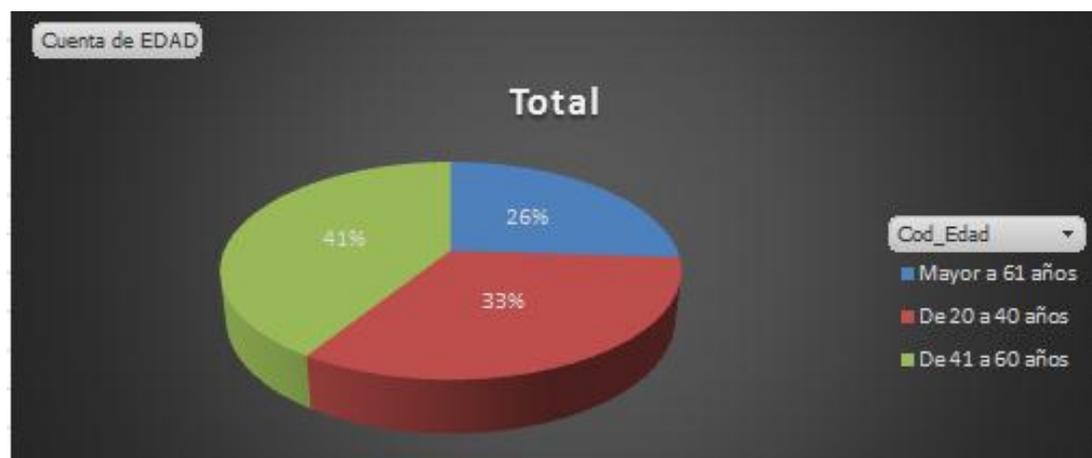
### **Resultado:**

La Variable Estadística de Sexo, demuestra sobre un total de 100 casos representativos, de pacientes que acudieron al Servicio de Coloproctología, una totalidad de 58% de casos en hombres que padecen patologías Anorectales y 42% de casos en mujeres con afectaciones de las mismas.

EDAD		
AÑOS	CASOS	%
DE 20 A 40 AÑOS	33	33%
DE 41 A 60 AÑOS	41	41%
>61 AÑOS	26	26%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla 2.** Estadística de Edad.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 2.** Estadística de Edad

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

### Resultados:

Dentro de la variable Edad, se representa una totalidad de 100 casos dentro de los cuales se estandarizó la separación de edades, entre 20 a 40 años un 33%, de 41 a 60 años un total de 41%, y pacientes >61 años de edad un 26%. Demostrando la estadística que los casos de Coloproctología que acuden al hospital, más se dan en pacientes de entre 41 a 60 años.

PROCEDENCIA		
ZONA	CASOS	%
URBANO	93	93%
RURAL	7	7%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla 3.** Estadística de Procedencia.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 3.** Estadística de Procedencia.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

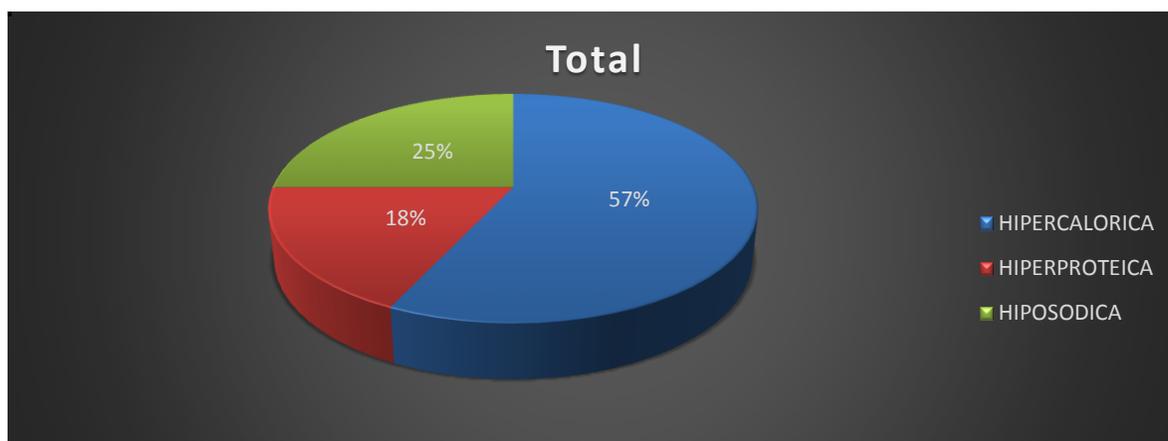
### Resultados:

En este gráfico que representa la Procedencia se demuestra significativamente que la población mayormente afectada es la zona rural con un 93%, y un 7% la zona urbana. Demostrando que parte de las molestias significativas se da en personas que habitan en ciudades. Teniendo en cuenta entonces gran parte de los factores de riesgo que se asocian a vivir en zonas urbanas.

DIETA		
ALIMENTACION	CASOS	%
HIPERCALORICO	57	57%
HIPERPROTEICO	18	18%
HIPOSODICA	25	25%
TOTAL	100	100%

**Tabla 4.** Estadística de Dieta.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 4.** Porcentaje de Dieta.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

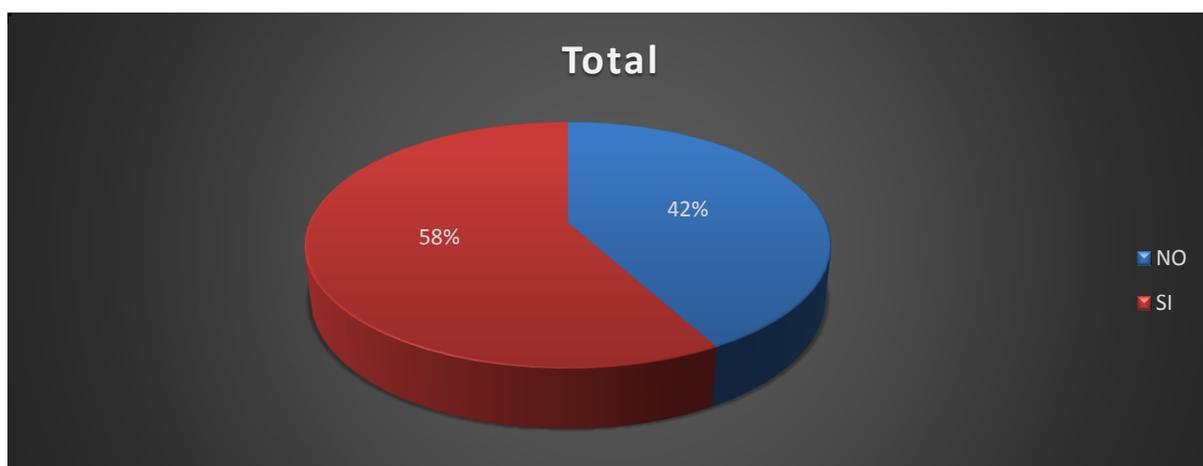
#### **Resultado:**

La variable de Dieta, en el estudio de 100 casos nos da un porcentaje de 57% en pacientes que llevaban una dieta mayormente hipercalórica, rica en grasas y alimentos sobresaturados. Un 25% en pacientes con dieta hiposódica y un 18 % en pacientes con dieta hiperproteica. Dejándonos como resultado que gran parte de afectaciones de la región anal, se da por ingesta de alimentos ricamente hipercalóricos.

ALCOHOLISMO		
	CASOS	%
SI	58	58%
NO	42	42%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla 5.** Estadística de Variable Alcoholismo.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 5.** Porcentaje de Alcoholismo.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

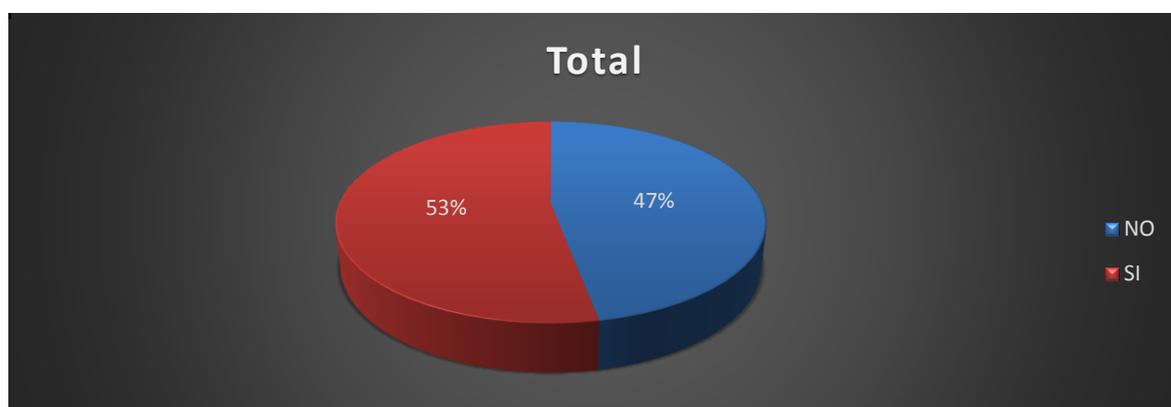
### **Resultado:**

La variable de Alcoholismo representa un porcentaje de 58% de patología rectal en pacientes que SI consumen alcohol y un porcentaje de 42% en pacientes que NO consumen alcohol. Lo cual deja representado que las patologías de la región anal en su mayoría se presentan en personas que consumen alcohol. Demostrando entonces que estas patologías en general de la región anal no son únicamente dependientes de éstas sustancias.

TABAQUISMO		
	CASOS	%
SI	53	53%
NO	47	47%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla 6.** Estadística de Variable Tabaquismo.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 6.** Porcentaje de Variable Tabaquismo.

**Fuente:** Casos de Historias Clínica.

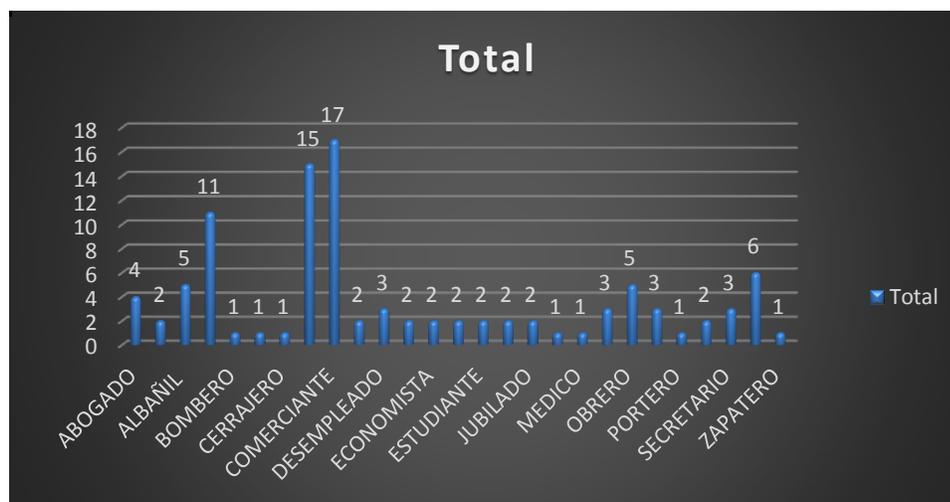
**Resultado:**

La variable de Tabaquismo, nos demuestra un porcentaje de 53% de casos de personas que consumen tabaco y un 47% de personas que NO lo consumen.

Etiquetas de fila	Cuenta de OCUPACION
ABOGADO	4
AGRICULTOR	2
ALBAÑIL	5
AMA DE CASA	11
BOMBERO	1
CARPINTERO	1
CERRAJERO	1
CHOFER	15
COMERCIANTE	17
CUIDADOR DE CARROS	2
DESEMPLEADO	3
EBANISTA	2
ECONOMISTA	2
ELECTRICISTA	2
ESTUDIANTE	2
INGENIERO	2
JUBILADO	2
MECANICO	1
MEDICO	1
MESERO	3
OBRAERO	5
POLICIA	3
PORTERO	1
PROFESOR	2
SECRETARIO	3
VENDEDOR AMBULANTE	6
ZAPATERO	1
<b>Total general</b>	<b>100</b>

**Tabla 7.** Estadística de Ocupación.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 7.** Porcentaje de Ocupación.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

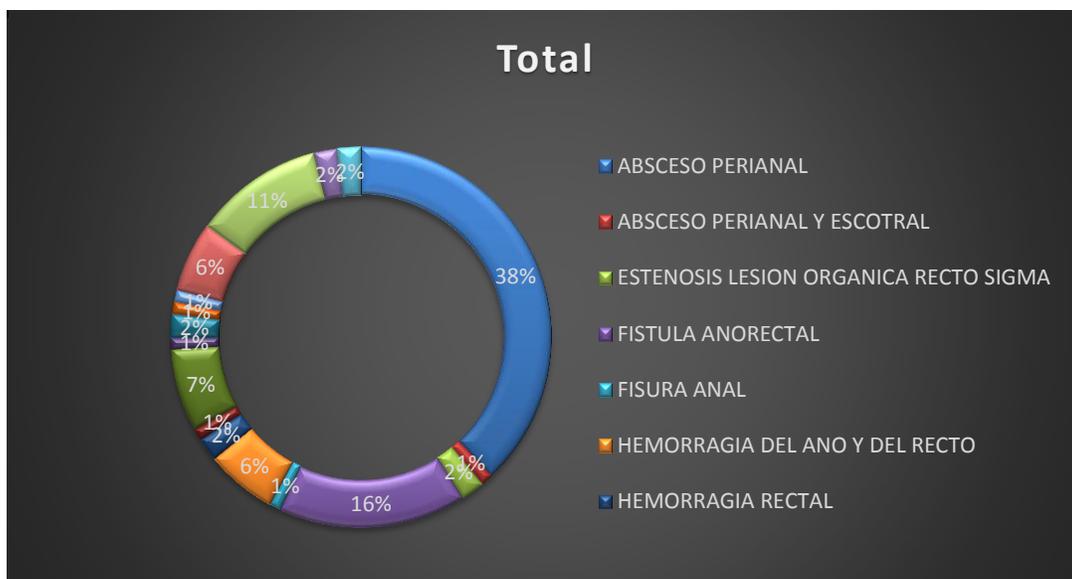
**Resultado:**

Dentro de la Variable de Ocupación, gran parte de las patologías que se presentan en Coloproctología son en pacientes Comerciantes con un porcentaje de 17%, precedido de pacientes que son Choferes con un porcentaje de 15%.

DIAGNÓSTICOS		
1	ABSCESO DE LAS REGIONES ANAL Y RECTAL	1
2	ABSCESO PERIANAL	37
3	ABSCESO PERIANAL Y ESCOTRAL	1
4	ESTENOSIS LESION ORGANICA RECTO SIGMA	2
5	FISTULA ANORECTAL	16
6	FISURA ANAL	1
7	HEMORRAGIA DEL ANO Y DEL RECTO	6
8	HEMORRAGIA RECTAL	2
9	LESION VASCULAR TIPO 1 DE AYANO- YAMAMOTO EN RECTO	1
10	POLIPO DE RECTO	7
11	POLIPO DUODENAL GIGANTE	1
12	POLIPOS DEL ANO	1
13	POLIPO PEDICULADO DE RECTO	2
14	POLIPOSIS RECTO SIGMOIDEO	1
15	PROCTORRAGIA	6
16	PROLAPSO RECTAL	11
17	RECTITIS INESPECIFICA	2
18	ULCERA ANAL	2
TOTAL		100

**Tabla 8.** Estadística de Diagnósticos.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 8.** Porcentaje de Diagnóstico.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

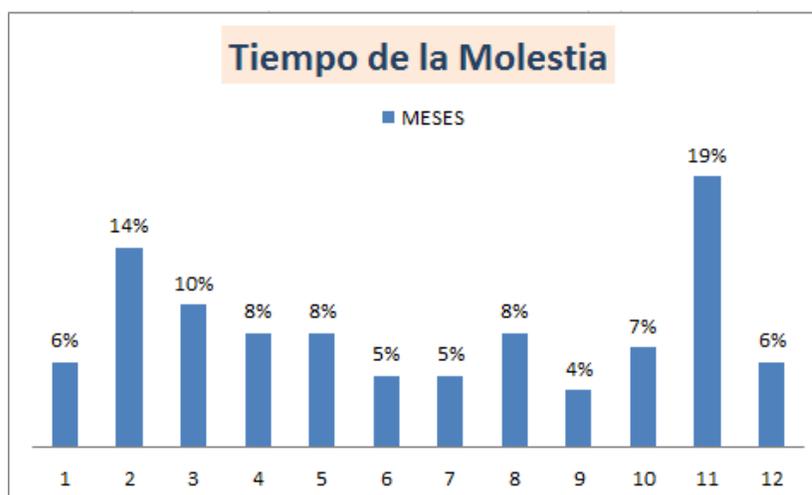
### Resultado:

El mayor porcentaje de patologías que acudieron al Servicio de Coloproctología corresponde a Abscesos Perianales con 37 casos, seguido de Fístulas Anorectales con 16 casos y Prolapsos Rectales con 11 casos, dentro de los datos mas relevantes en estudio de 100 pacientes.

TIEMPO DE MOLESTIA		
MESES	# PACIENTES	%
1	6	6%
2	14	14%
3	10	10%
4	8	8%
5	8	8%
6	5	5%
7	5	5%
8	8	8%
9	4	4%
10	7	7%
11	19	19%
12	6	6%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Tabla 9.** Estadística de Tiempo de Molestia.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 9.** Porcentaje de Tiempo de Molestias.

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

**Resultado:**

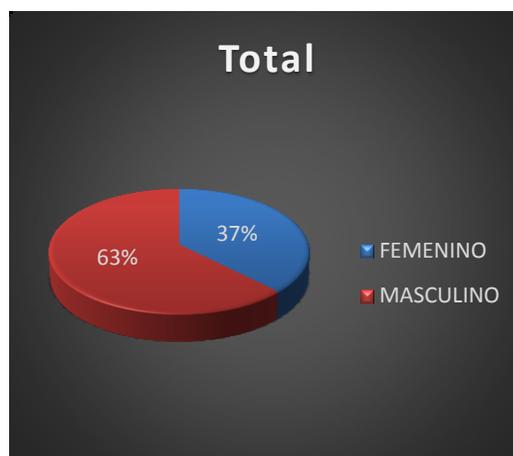
Se realiza el estudio de la Variable de Tiempo de molestia, de las patologías. Dándonos un resultado de mayor molestia en un tiempo de 11 meses, presentándose un total de 19 pacientes. Quienes presentaron la patología sin tratamiento durante ese tiempo.

### Tablas de Datos Estadísticos de Pacientes con Diagnóstico de Fístulas Anorectales

SEXO		
GENERO	CASOS	%
HOMBRES	10	63%
MUJERES	6	37%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**Tabla 10.** Estadística de Sexo- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 10.** Porcentaje de Sexo- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

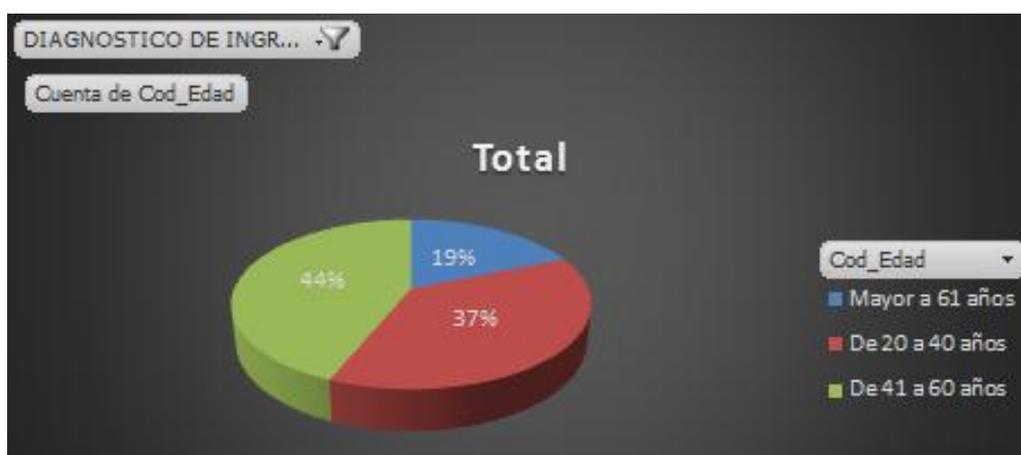
#### **Resultado:**

En el estudio de datos de pacientes con Fístulas Anorectales, de un universo de 100 casos de patologías en general, que acuden al servicio de Coloproctología, 16 corresponden a Fístulas Anorectales, dentro de estas, tenemos un porcentaje de 63% para hombres y 37% de casos en mujeres quienes presentaron Fístulas Anorectales.

EDAD		
AÑOS	CASOS	%
DE 20 A 40 AÑOS	6	37%
DE 41 A 60 AÑOS	7	44%
>61 AÑOS	3	19%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**Tabla 11.** Estadística de Edad- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 11.** Porcentaje de Sexo- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

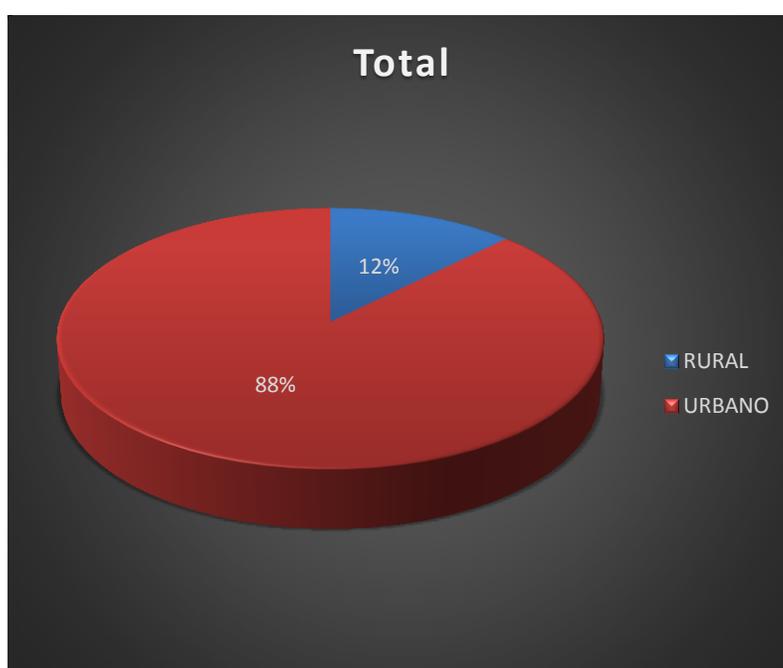
### Resultado:

Dentro de la Variable de Edad, de los 16 casos presentados de Fístulas Anorectales, obtenemos un resultado de 44% en pacientes de 41 a 60 años, de 37% en pacientes de 20 a 40 años de edad, y de 19% en pacientes de mayores de 61 años de edad. Dejándonos como resultado que existe mayor presentación de Fístulas en pacientes de edad media-avanzada, (41 a 60 años), puesto que tenemos un dato significativo de porcentaje.

PROCEDENCIA		
ZONA	CASOS	%
URBANO	13	88%
RURAL	3	12%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**Tabla 12.** Estadística de Procedencia- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 12.** Estadística de Sexo- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

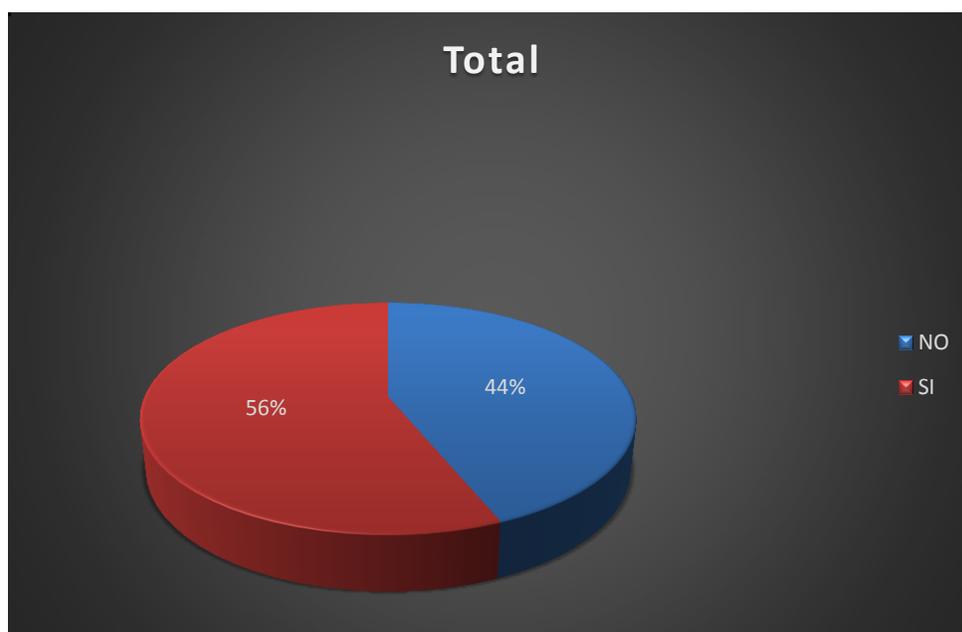
### Resultado:

La Procedencia es otra variable importante dentro del estudio de las Fístulas Anorectales, en la estadística la base de datos arroja un porcentaje de 88% de casos en pacientes que acuden de zona Urbana, y de 12% de casos de pacientes que acuden de zona Rural.

ALCOHOLISMO		
	CASOS	%
SI	9	56%
NO	7	44%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**Tabla 13.** Estadística de Alcoholismo- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 13.** Porcentaje de Alcoholismo- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

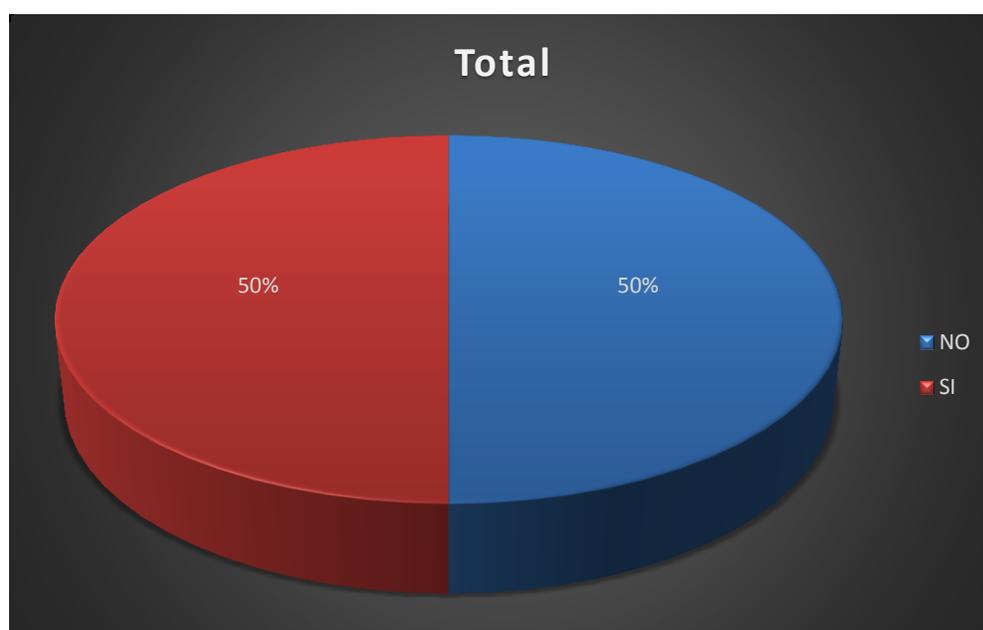
#### **Resultado:**

Esta variable de Alcoholismo, representa significativa importancia ya que establece un factor de riesgo no solo para las Fístulas Anorectales sino mas bien para muchas otras patologías. Dejándonos un resultado en este estudio de 56% en pacientes que si consumen alcohol, mientras que hay un porcentaje de 44% en pacientes que no lo consumen.

TABAQUISMO		
	CASOS	%
SI	8	50%
NO	8	50%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**Tabla 14.** Estadística de Tabaquismo- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 14.** Porcentaje de Tabaquismo- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

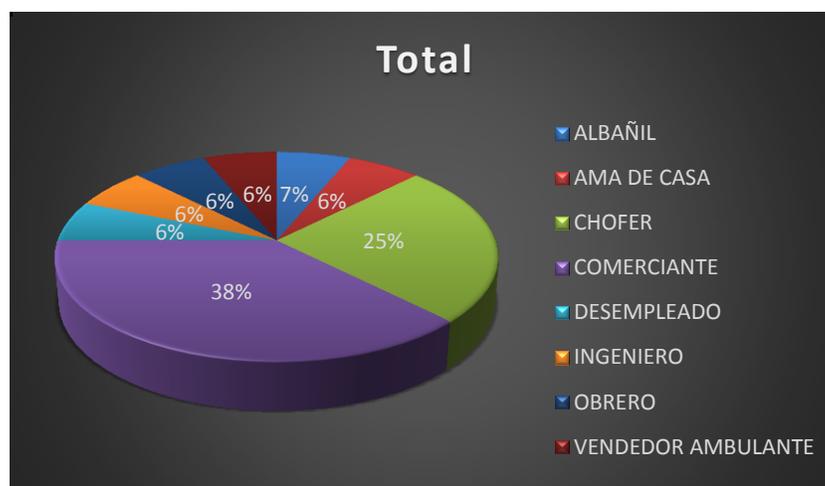
**Resultado:**

Dentro de la variable de Tabaquismo, obtenemos un resultado equitativo para personas que fuman y no fuman dentro de nuestro campo de estudio. Se obtuvo un porcentaje de 50% para ambos casos.

OCUPACION		
PROFESION	CASOS	%
OBRERO	1	6%
VENDEDOR AMBULANTE	1	6%
ALBAÑIL	1	6%
AMA DE CASA	1	6%
CHOFER	4	25%
COMERCIANTE	6	38%
DESEMPLEADO	1	7%
INGENIERO	1	6%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**Tabla 15.** Estadística de Ocupación- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 15.** Porcentaje de Ocupación- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

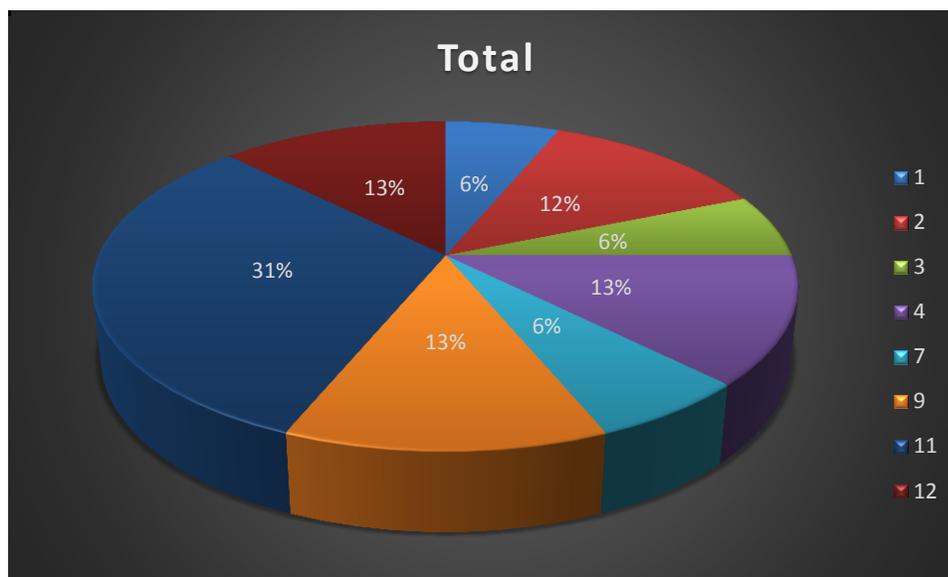
### Resultado:

Dentro de la Variable de Ocupación, se obtienen datos de importancia ya que se atribuye un porcentaje de 38% de presencia de Fístulas Anorectales a pacientes con ocupación de comerciantes, mientras que se atribuye un 25% de porcentaje a pacientes con ocupación de Chofer. Al resto de ocupaciones ha sido no significativo, puesto que solo hay un 6% para todo el resto de ocupaciones como Obrero, vendedor ambulante, albañil, ama de casa, ingeniero, entre otros.

TIEMPO DE MOLESTIA		
MESES	# PACIENTES	%
1 mes	1	6%
2 meses	2	12%
3 meses	1	6%
4 meses	2	13%
7 meses	1	6%
9 meses	2	13%
11 meses	5	31%
12 meses	2	13%
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**Tabla 16.** Estadística de Tiempo de Molestia- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas



**Figura 16.** Porcentaje de Tiempo de Molestia- Pacientes con Fístulas Anorectales

**Fuente:** Casos de Historias Clínicas

### Resultado:

Es necesario para el estudio de las Fístulas Anorectales, realizar la observación y análisis del tiempo de molestia en meses, para esta estadística, de los 16 casos que se presentaron de las Fístulas. Nos da un resultado de 31% en un tiempo de molestia de 11 meses, y de 13% en un tiempo de molestia de 2, 4, 9 y 12 meses, y de 6% en un tiempo 1, 3 y 7 meses, respectivamente.

## Prevalencia de Fístulas Anorectales en el Servicio de Coloproctología del Hospital Guayaquil

$$\text{Prevalencia} = \frac{\# \text{ DE CASOS}}{\text{TOTAL DE LA POBLACION}} \times 100$$

La citada fórmula que se muestran previamente, determina la ecuación que se debe realizar reemplazando datos para la obtención y resultado de la prevalencia de la patología a estudiar

Determinando que la cantidad de pacientes en el universo de estudio corresponde a 100 pacientes que acudieron al Servicio de Coloproctología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón. En el período de Julio 2.016 a Junio 2.017, dentro de los cuales 16 presentaron diagnóstico de Fístulas Anorectales, se determina la prevalencia:

$$\text{Prevalencia} = \frac{16}{100} \times 100$$

$$\text{Prevalencia} = 16\%$$

**Resultado:** Se determina de esta manera que la Prevalencia de Pacientes con Fístulas Anorectales que acudieron al Servicio de Coloproctología en el Período de Julio 2.016 a Junio 2.107 corresponde al 16% .

### 3.8 Cronograma de Actividades

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	Enero	Enero	Febrero	Febrero	Marzo	Marzo	Marzo
		16	18	6	22	5	9	13
Investigar factores predisponentes que desencadenan la Fístula Anorrectal	Recopilación de datos de las Historias Clínicas de los pacientes						X	X
Investigar diferentes técnicas en el manejo de las Fístulas Anorrectales.	Revisiones bibliográficas.  Revisión de Guías Prácticas de Medicina y Terapéutica		X	X				
Determinar las complicaciones del tratamiento	Revisiones bibliográficas.		X	X	X			

quirúrgico de las Fístulas Anorectales	Revisión de Guías Prácticas de Medicina y Terapéutica.		X	X		X		X
Relacionar datos recolectados	Asociación de información obtenida					X	X	X

### 3.9 Presupuesto y Financiamiento

Debido a que la respuesta al problema planteado es únicamente de recolección de datos que ya se encuentra en el Servicio de Estadística, mi objetivo de financiamiento es netamente autofinanciado.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### Resultados

Dentro del proceso investigativo en el presente proyecto de tesis, teniendo como tema: “PREVALENCIA DE FÍSTULAS ANORECTALES EN PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GUAYAQUIL”, se recolectaron datos de historias clínicas, desde el mes de Julio 2.016 a Junio 2.017, de pacientes que acudieron al Servicio de Coloproctología.

Se trabajó con un universo de estudio de 100 pacientes, de los cuáles se obtuvieron un total de 16 pacientes con Fístulas Anorectales. Determinando mediante la fórmula general de prevalencia que en el Servicio de Coloproctología del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, dentro el período de Julio 2.016 a Junio 2.017, el total de prevalencia de Fístulas Anorectales fue del 16%.

Dentro de las variables a considerar fue el Sexo de presentación de la patología, generando mayor predilección en pacientes de sexo masculino con proporción 2:1 hombres a mujeres. Obtuvimos resultados de 10% en hombres y 6 % en mujeres. Es de considerar que parte de éste dato se relaciona con el otro factor de riesgo que corresponde al hábito de fumar o de beber alcohol ya que estos también forman parte de variables de estudio importantes pero que estos análisis no brindaron mayor dato relevante ya que en ambos casos el consumo o no de estas sustancias dió porcentaje algo similares.

Dentro de la gama que se ofrece en el tratamiento de las Fístulas Anorectales, sigue siendo de elección la Fistulotomía ya que el índice de mejora costo- beneficio es relevantemente mayor con esta técnica. Pero es importante tener en cuenta que existe un mínimo número de recidivas con las nuevas técnicas como los sellantes biológicos o

taponés bioprotésicos, pero se considera que el mayor riesgo que se tiene es la complicación mayor que representa la continencia anal. De esta manera el tratamiento de preferencia corresponde al que sea adecuado para el paciente tomando en cuenta sus factores predisponentes, como presencia de enfermedad que provoquen inmunodepresión, como el VIH, Diabetes Mellitus o la Enfermedad de Crohn,, entre otros.

Existen innumerables fármacos que podrían llevar a la mejora sintomática pero no definitiva de las Fístulas, que son el uso de antibióticos. Dentro de los datos de estudio, los más utilizados son Metronidazol más el uso de Ciprofloxacina durante y después de la cirugía para la corrección de la Fístula Anorectal. Este tratamiento iba de la mano con el uso de fármacos como la Lactulosa en el posoperatorio.

## Discusión

Las Fístulas Anorectales independientemente de manifestarse como una patología incapacitante por la relativa y significativa molestia que presenta, es pues bien, una patología que debe ser tratada desde los factores de riesgo que estos presenta, como por ejemplo que existan predisposiciones. Entonces gran parte de este tratamiento como primera instancia es contener el cuadro inicial que pudo haber desencadenado el absceso.

Dentro del proceso investigativo tema en sí, es que un dato relevante es la concordancia con la literatura mundial, que hay una media de edad en presentación que corresponde entre 41 a 60 años aproximadamente. Y que para la presentación de la Fístula exista previamente la presencia de un absceso perianal. (13) (23). Y que esto corresponde al mayor factor de riesgo para el desarrollo de la fístula, es decir, la presencia preexistente de un absceso perianal, independiente de la existencia o no de algún trauma. Ya que esto en conjunto con un estado de inmunodepresión como Diabetes, VIH corresponden a los mayores factores predisponentes de las mismas.

El tratamiento de las Fístulas Anorectales es sin duda una controversia debido a que se practica de acuerdo a la técnica de elección o preferencia de cada médico cirujano por sus años de experiencia aunque debería ser siempre siguiendo las guías prácticas, existe pues, preferencias de acuerdo a la práctica que se escoja. Hay quienes deciden realizar la Fistulotomía de entrada, otros quienes prefieren la técnica de los sellantes. Pues esto es en si preferencia de cada cirujano. (35)

Es necesario recalcar que dentro de la mayor complicación que existe tras el padecimiento de las Fístulas Anorectales, es la presencia de la Incontinencia anal, debido a la lesión de las columnas que constituyen el esfínter anorectal. Para lo cual las técnicas quirúrgicas están enfocadas en provocar la mínima lesión de las mismas. (35)

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### **Conclusiones**

La prevalencia de la patología en estudio es considerablemente baja, debido a que el enfoque actualmente del tratamiento del absceso previo a la Fístula Anorectal es manejada de manera adecuada, de tal manera es significativo que en el Servicio de Coloproctología del Hospital Guayaquil, exista un número mayor de Abscesos perianales en comparación de las Fístulas, esto es debido a que al parecer los pacientes acuden al Servicio de Coloproctología, por el número de casos, en el momento adecuado y esto es debido a que la molestias propias del absceso los inhabilita, desmejorando el estado de bienestar propio de salud. Siendo entonces el mayor factor predisponente de las Fístulas Anorectales, la presencia del absceso perianal. Existen estados como la inmunodepresión, tanto por VIH, Diabetes Mellitus o la Enfermedad de Crohn, que los hacen propensos, aunque con no tanta frecuencia, al desarrollo de la patología en estudio.

Enfocados en el tratamiento, el de preferencia va a depender al de elección según la experiencia del cirujano coloproctólogo. Puesto las técnicas antiguas con las nuevas, no generan mayor significancia Se prefiere la Fistulotomía, debido al menor índice de recidiva pero el riesgo es la continencia, entonces es valoración de sexo, hábitos, antecedentes para que se escoja la técnica adecuada a cada paciente. Técnicas como los sellantes o colgajos son también bien utilizadas dentro de la mejora de estos pacientes.

## **Recomendaciones**

Las Fístulas Anorectales constituyen una patología de entrada, prevenible, con la mejora y un buen tratamiento que controle el absceso perianal, que predispone al desarrollo de la fístula. Se recomienda que se realicen más estudios con metaanálisis para el correcto manejo del absceso a tiempo debido a que en pacientes no inmunodeprimidos, el porcentaje de mejora o no desarrollo fistuloso es significativo. De tal manera se toma en cuenta que la data de estudio bibliográfico no es muy extensa, relevantemente por la incidencia que enfoca la patología.

La realización de una buena historia clínica, en atención primaria de salud, tanto con colaboración del paciente como del médico tratante, debería ser objetiva y amplia a la vez, ya que de esta manera se evitaría el desarrollo o complicación de un trayecto fistuloso.

## CAPITULO VI

### Bibliografía

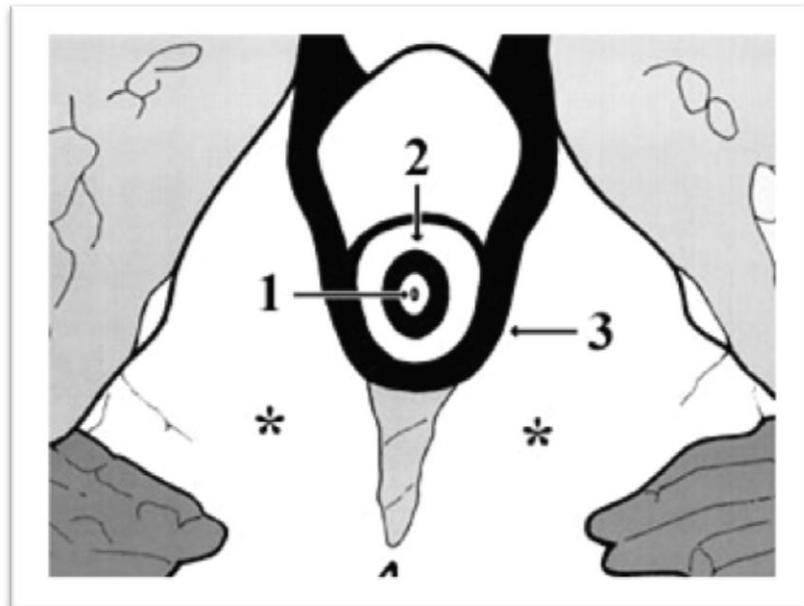
1. Drs. Pablo Soffia S ACVCMVGSFEBOGROCVU. CARACTERIZACION DE FISTULAS ANORRECTALES MEDIANTE RESONANCIA MAGNETICA DE ALTA RESOLUCION. REVISION PICTOGRAFICA. scielo. 2006;; p. 4.
2. Burguete DJdO. Fístula perianal; qué es y qué síntomas tiene. Top Doctors. 2.013;; p. 2.
3. F. Charles Brunicardi DKATRBDDLJGHJBMREP. Schwartz Principios de Cirugía Houston, Texas: Mc Graw Hi; 2011.
4. General CdS. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la Fístula Anal en el Adulto. Guía de Práctica Clínica. 2.013;; p. 10.
5. Oquendo. Cmed. [Online].; 2.018 [cited 2.018 Abril 16. Available from: <https://www.cmed.es/cirugia-hemorroides-fistulas-abscesos-y-fisuras-anales.html>.
6. Mary C. Mancini. Medlineplus. [Online].; 2.016 [cited 2.018 Abril 16. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001519.htm>.
7. Mancini MC. ARH Appalachian Regional Healthcare. [Online].; 2.016 [cited 2.018 Abril 17. Available from: <http://arh.adam.com/content.aspx?productId=102&pid=5&gid=001519>.
8. Martinez DA. Cirugia Colorectal. [Online].; 2.017 [cited 2.018 Abril 17. Available from: <http://www.cirurgiacolorectal.com/tag/absceso-anal/>.
9. Alecha DJS. Cinco Claves sobre la Fístula Anal. Top Doctors. 2.016;; p. 3.
10. Yolanda Smith B. News Medical. [Online].; 2.016 [cited 2.018 Abril 17. Available from: [https://www.news-medical.net/health/Anal-Fistula-Causes-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Anal-Fistula-Causes-(Spanish).aspx).
11. Ulises RW. Wikipedia. [Online].; 2.018 [cited 2.018 Abril 03. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/F%C3%ADstula\\_anal](https://es.wikipedia.org/wiki/F%C3%ADstula_anal).

12. Wong UR. Abscesos y Fístulas Anorrectales. Publicación Mensual de Artículo de Revisión del Servicio de Coloproctología. 2.013;; p. 5.
13. Albert Navarro MMMIGDRGyCM. Diagnóstico y tratamiento de las fístulas complejas. Publicación Mensual Intramed. 2004;; p. 7.
14. Juan Antonio Villanueva Herreroa ARCBJB. El tipo de absceso anal afecta a la complejidad de la fístula anal. ELSEVIER. 2.014 Enero; 1(36).
15. Marnet D. El absceso perianal. [Online].; 2.014 [cited 2.018 Abril 17. Available from: <https://salud.ccm.net/fag/18455-el-absceso-perianal>.
16. Medicinas Sy. Salud y medicinas. [Online].; 2.017 [cited 2.018 Abril 17. Available from: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/estrenimiento/temas-relacionados/absceso-anal.html>.
17. Uvero SG. Bekia Salud. [Online].; 2.017 [cited 2.018 Abril 17. Available from: <https://www.bekiasalud.com/articulos/que-es-un-absceso-perianal/>.
18. Parswa Ansari MAPaPDiSHNLHHNY. Fístula anorrectal. MSDMANUALS. 2018;; p. 2.
19. Roldós DAGGyDLV. Fístula Anorrectal. Definición, Clasificación, Diagnóstico y Tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. 2.008;; p. 4.
20. A.Domínguez APMN. Fístulas perianales: caracterización con resonancia magnética. Science Direct. 2.017 Junio; 81(2).
21. Johnson M. muy fitness. [Online].; 2.017 [cited 2.018 Abril 16. Available from: [https://muyfitness.com/medicamentos-para-tratar-fistulas\\_13140038/](https://muyfitness.com/medicamentos-para-tratar-fistulas_13140038/).
22. Ali Irqam Malik RLNST. Incisión y drenaje del absceso perianal con o sin tratamiento de la fístula anal. Intramed. 2.014 Mayo; 68(27).
23. Parswa Ansari MAPaPDiSHNLHHNY. MSD MANUALS. [Online].; 2.018 [cited 2.018 Abril 17. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-gastrointestinales/trastornos-anales-y-rectales/absceso-anorrectal>.
24. Pollastri DE. Grupo Gamma. [Online].; 2.016 [cited 2.018 Abril 17. Available from: <https://www.grupogamma.com/abscesos-anales-diagnostico-y-tratamiento/>.

25. Analytics TH. Allina Health. [Online].; 2.015 [cited 2.018 Abril 17. Available from: [https://www.allinahealth.org/mdex\\_sp/sd7339g.htm](https://www.allinahealth.org/mdex_sp/sd7339g.htm).
26. Salud A. ABC Salud. [Online].; 2.013 [cited 2.018 Abril 17. Available from: <http://www.abc.es/salud/patologias/20110715/abci-absceso-perianal-201311281627.html>.
27. Basany DEE. Fístula anal: causas, diagnóstico y tratamiento. Top Doctors. 2.018 Abril; 1(1).
28. José V. Roiga JGA. Tratamiento de las fístulas de ano complejas de causa criptoglandular. ¿Aún se requiere un cirujano con experiencia? elsevier. 2.013 Febrero; 91(2).
29. Brunicardi RWU. Wikipedia. [Online].; 2.018 [cited 2.018 Abril 16. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/F%C3%ADstula\\_anal](https://es.wikipedia.org/wiki/F%C3%ADstula_anal).
30. salud a. Salud es. [Online].; 2.013 [cited 2.018 Abril 16. Available from: <http://salud.es/salud/fistula-anal-tratamiento/>.
31. Fístulaanal.mx. Tratamiento Moderno de Fístula Anorrectal y Quiste Pilonidal. [Online].; 2.013 [cited 2.018 Abril 16. Available from: [http://fistulaanal.com.mx/pegamento\\_de\\_fibrina\\_fistula\\_anal.html](http://fistulaanal.com.mx/pegamento_de_fibrina_fistula_anal.html).
32. ra. Ana Echarri Piudo RUE, Dra. Virginia Ollero Pena UESdDCHUdF(. Educainflamatoria. [Online].; 2.018 [cited 2.018 Abril 16. Available from: <https://www.educainflamatoria.com/como-modifica-la-vida-tener-enfermedad-perianal>.
33. Dres. Mushaya C BLSBHY. Fístulas anorrectales complejas que requieren drenaje inicial con sedal. Intramed. 2.013 Noviembre; 204(3).
34. Debora Jarquín Vásquez TNCBJBLEBB. Fístula anal, experiencia de 5 años en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México. Elsevier. 2.014 Octubre; 36(4).
35. Bannura DG. FÍSTULA ANORRECTAL. ¿SON LAS TÉCNICAS NUEVAS SUPERIORES A

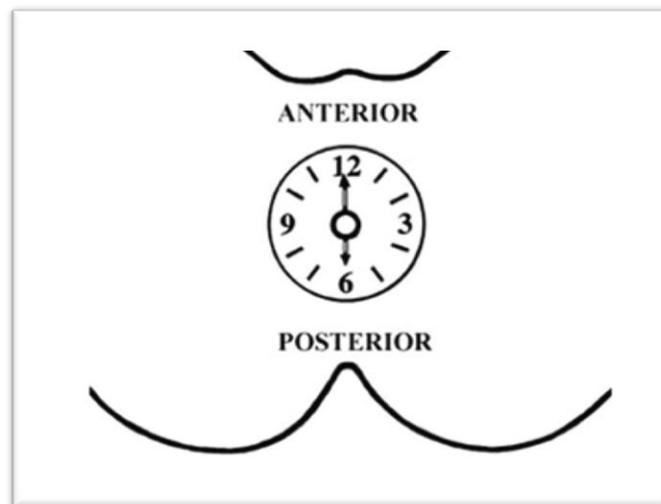
LAS CLÁSICAS? Scielo. 2.015 Agosto; 67(4).

# ANEXOS



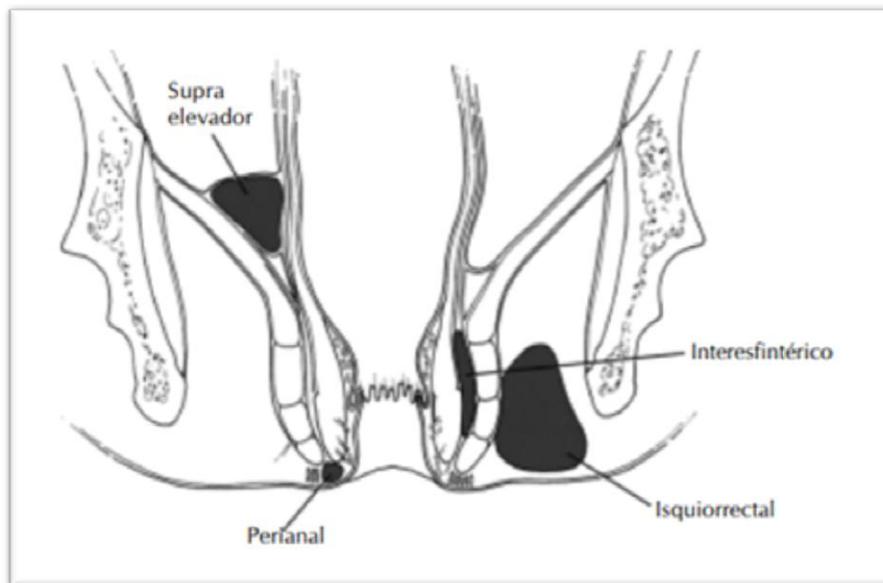
**Imagen 1.** Anatomía de la Región Anal.

Se describe la región anorectal. En la que a la 1 Canal Anal, 2 Esfínter interno, 3 Esfínter externo.

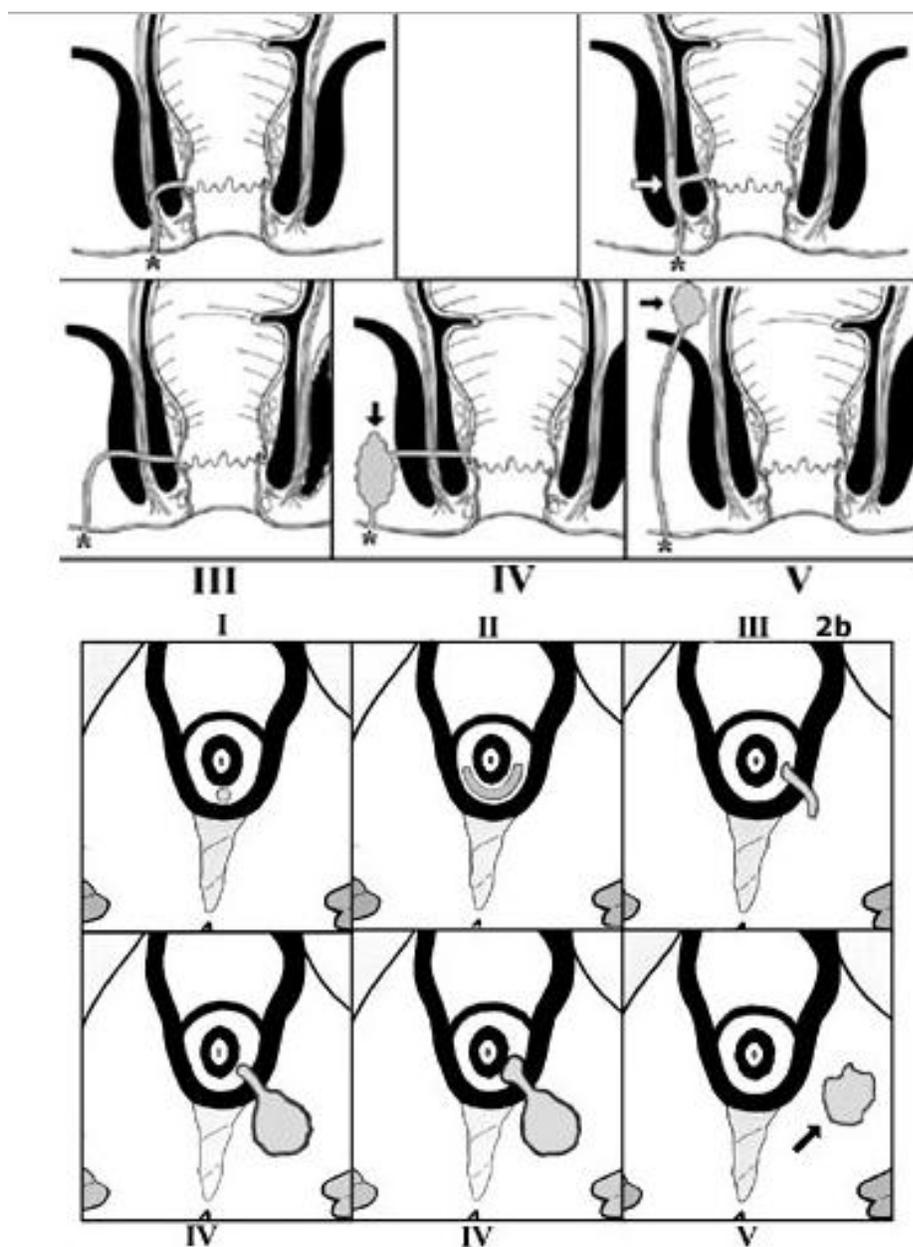


**Imagen 2.** Descripción de la ubicación de las Fístulas Anorrectales.

Describe a las 12 el periné anterior, las 6 al rafe posterior, las 9 al margen anal derecho y las 3 al margen anal izquierdo.

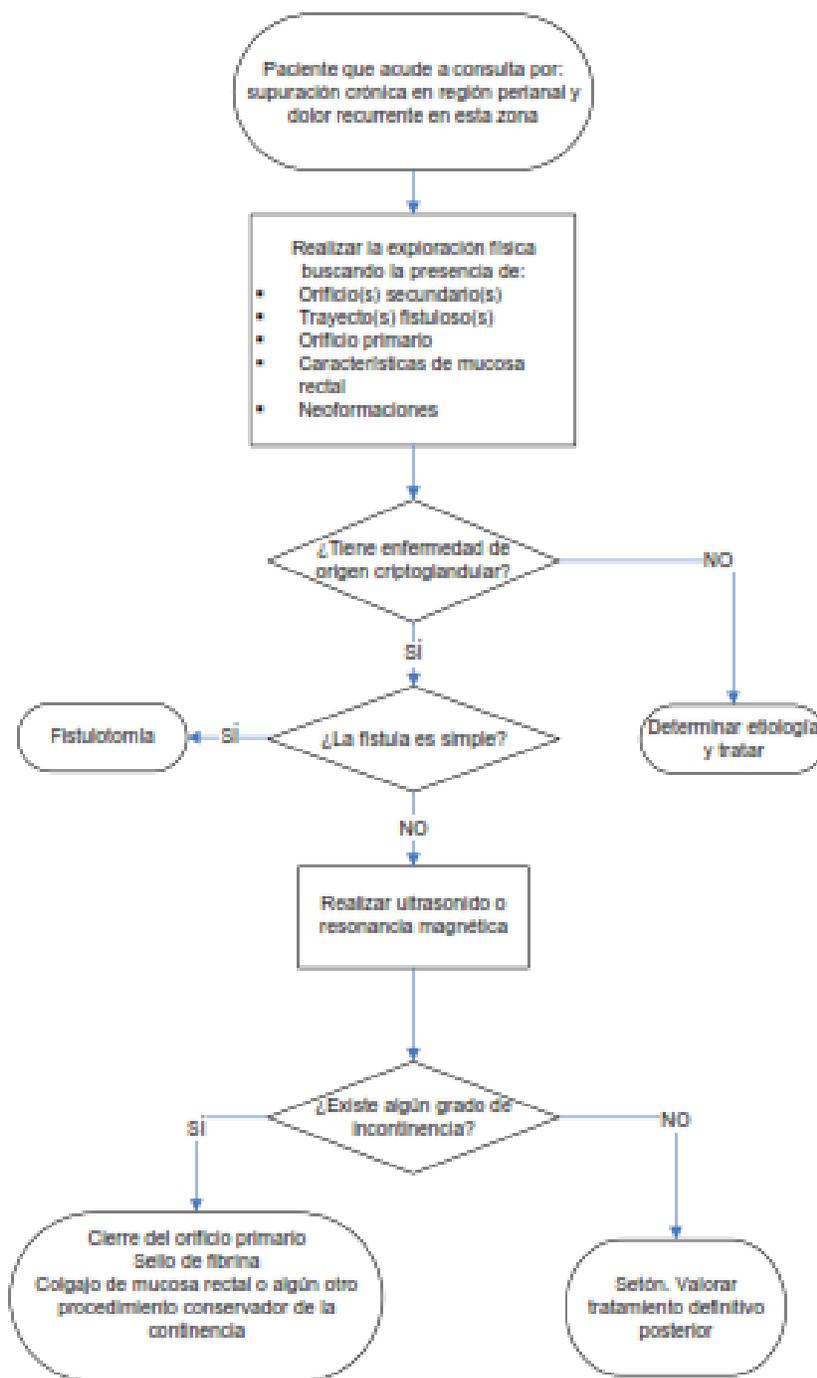


**Imagen 3.** Ubicación de los Abscesos perianales.



**Imagen 4.** Clasificación de Fístulas Anorectales del Hospital de la Universidad de Saint James.

A. Sitios de Abscesos, B. Trayecto Fistuloso



**Imagen 5.** Diagrama de Flujo.

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Fístulas Anorectales

Memorando N°029- UDI-HAGP  
 Guayaquil, 02 abril del 2018

Ingeniera  
 Cinthya Patiño Rojas  
**LIDER RESPONSABLE DE SISTEMA INFORMACIÓN DE ADMISIONES**  
 Presente

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a la estudiante, **ESTEFANIA CAROLINA ERAS MUÑOZ** quien se encuentra realizando su tema de Tesis "**PREVALENCIA DE FISTULAS ANORECTALES EN PACIENTES QUE SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA, CIE-10 K60-3**", para la cual deberá recabar información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, durante el periodo de julio del 2016 a julio del 2017.

Agradeciéndole por la atención brindada.

Atentamente,

Dr. Juan Carlos Moreira Holguin  
**COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**

Correo: britstef\_1@hotmail.com

Copia: Archivo.



*K60 + K61 + K62*



**Imagen 6.** Documento de Petición de Información al Servicio de Admisiones.