



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2025,
Volumen 9, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2

FISTULA ANORRECTAL SIN ANTECEDENTES DE ABSCESO ANAL: REPORTE DE UN CASO

**ANORECTAL FISTULA WITHOUT A
HISTORY OF ANAL ABSCESS: CASE REPORT**

Luis Carlos Romero Cuevas

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

María Alejandra Campos Serrano

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Cheryl Zilahy Diaz Barrientos

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Monica Heredia Montaña

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Karla Lucia Herrera Olvera

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Edwin Omar Cabrera Castillo

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Rosalba Salgado Martínez

Investigador Independiente, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i4.19044

Fistula Anorrectal sin Antecedentes de Absceso Anal: Reporte de un Caso

Luis Carlos Romero Cuevas¹

dr.carlos.romerocu@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0009-7019-0587>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

María Alejandra Campos Serrano

alepz_floyd@yahoo.com

<https://orcid.org/0009-0002-0370-898X>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Cheryl Zilahy Diaz Barrientos

coloproctologiapuebla@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3046-1185>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Monica Heredia Montaña

monabuhu@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4234-9644>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Karla Lucia Herrera Olvera

imagenologia.facmed@correo.buap.mx

<https://orcid.org/0000-0001-6343-3813>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Edwin Omar Cabrera Castillo

dr.edwinomarcabrera@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-0649-4060>

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Rosalba Salgado Martínez

rosalba_salgado@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0000-8947-316X>

Investigador Independiente
México

RESUMEN

La fistula anorrectal es una de las enfermedades más comunes del ano y 2 de cada 10,000 personas pueden presentar esta patología, la sintomatología se caracteriza por dolor, hinchazón, salida de secreción, irritación de la piel, prurito y escozor; el principal factor para esta patología es el absceso perianal sin embargo existen casos donde aparecen sin esta lesión previa por lo que a continuación se presenta el tratamiento quirúrgico de un caso clínico de fistula anorrectal sin antecedentes de absceso anal en el Hospital Universitario de Puebla.

Palabras clave: fistula anorrectal, fistula compleja, fistulotomía

¹Autor principal

Correspondencia: dr.carlos.romerocu@outlook.com

Anorectal Fistula without a History of Anal Abscess: Case Report

ABSTRACT

Anorectal fistula is one of the most common diseases of the year and 2 out of 10,000 people may present this pathology. The symptoms are characterized by pain, swelling, discharge, skin irritation, itching and burning; the main factor for this pathology is perianal abscess, however there are cases where they appear without this previous lesion, so the surgical treatment of a clinical case of anorectal fistula without a history of anal abscess at the University Hospital of Puebla is presented below.

Keywords: anorectal fistula, complex fistula, fistulotomy

*Artículo recibido 22 julio 2025
Aceptado para publicación: 25 agosto 2025*



INTRODUCCIÓN

La fistula anorrectal (FAR) se define como un conducto anormal de paredes fibrosas que comunica la cripta anal con la piel perianal o con el recto¹, es una de las enfermedades más comunes del ano y 2 de cada 10,000 personas pueden manifestar esta patología, se presenta en una edad media de 40 años y es más frecuente en hombres con factores de riesgo como tabaquismo y obesidad; esta condición requiere intervenciones quirúrgicas recurrentes y solo el 30% de los pacientes presentan remisión a largo plazo².

Las FAR se clasifican según el trayecto que realizan y su relación con el esfínter anal; la clasificación más utilizada es la de Parks en la que se consideran 4 tipos diferentes: fistula interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas³.

Las manifestaciones clínicas se caracterizan por dolor e hinchazón en la zona perianal así como salida de secreción por el orificio de salida lo que ocasiona irritación de la piel causando prurito y escozor, los síntomas adicionales incluyen sangrado rectal, disuria y retención urinaria⁴.

El diagnóstico de la FAR se realiza mediante pruebas de imagenología como el ultrasonido (USG) endorrectal y la resonancia magnética (RNM) que permite evaluar la anatomía de los trayectos y las extensiones secundarias, así como la presencia de colecciones e identificar la patología asociada⁵.

La FAR comúnmente se presenta en pacientes con antecedentes de absceso perianal que se drenó espontáneamente o en forma quirúrgica, sin embargo, existen casos donde aparecen sin esta patología previa por lo que a continuación se presenta un caso clínico de fistula anorrectal sin antecedentes de absceso anal en el Hospital Universitario de Puebla y su tratamiento quirúrgico.

DESARROLLO

Caso clínico

Paciente masculino de 43 años sin antecedentes de importancia que ingresa al servicio de urgencias por presencia de herida y dolor a nivel inguinoescrotal derecho sin irradiaciones, a la exploración física se observa lesión de aproximadamente 1 cm con salida de material purulento e induración de zona perianal y despulimiento del anodermo anterior; se realizó tacto rectal encontrando esfínter normo tónico sin identificación de solución de continuidad, sin presencia de tumoraciones, liquido o sangre por lo que se solicita valoración por urología por fistula escrotal quien da tratamiento antibiótico por 1 mes y analgésicos



Sin embargo, al realizar la fistulografía se apreció orificio de salida con material seropurulento con trayecto fistuloso hacia la región del recto por lo que es enviado a valoración por el servicio de coloproctología.

Durante la consulta externa de coloproctología se decidió realizar colonoscopia que reportó granuloma a 1 cm del margen anal (Figura 1); en el USG endoanal se evidenció fistula supraesfintéricas anterior con orificio interno en la unión anterior izquierda del tercio superior del recto con trayecto secundario anterior izquierdo hacia el recto y trayecto secundario interesfintérico anterior en la parte baja del tercio medio (Figura 2), por lo que se realizó diagnóstico de fistula anal compleja (supraesfintérica anterior e interesfintérica anterior) con comunicación del recto hacia el escroto programándose así para manejo quirúrgico.

Bajo anestesia regional se colocó al paciente en posición de navaja sevillana, se realizó asepsia y antisepsia y se colocaron campos estériles, posteriormente se realizó canulación desde el granuloma ubicado en región inferior de la bolsa escrotal derecha hasta tercio distal del esfínter anal (Figura 3), se localizó la cripta de origen y se efectuó incisión por planos hasta el trayecto de la fistula siguiendo el rafe respetando la uretra (Figura 4), después se elaboró fistulotomía hasta el esfínter externo, se colocó seton con cánula de alimentación de 8 Fr desde el esfínter hasta el tercio distal del mismo a nivel rectal (Figura 5), se fijó con seda 2-0, se dio un punto en X con crómico de 3-0 en tercio distal de trayecto fistuloso, se verificó hemostasia y se dejó herida abierta y se recubrió con gasas dando así por terminado el tiempo quirúrgico.

A los dos meses se realizó cirugía para retiro de seton y actualmente la herida se encuentra cicatrizada y sin recidiva de fistula.

DISCUSIÓN

La FAR es una patología caracterizada por la presencia de un trayecto fistuloso cuyo orificio interno comúnmente se sitúa en la línea dentada o criptopapilar y un orificio externo que se abre en la piel perianal, en el caso de este paciente la fistula se comunicó no solo en la parte interna del recto si no que presentó dos orificios de salida en los que uno comunico de manera directa hacia el escroto, siendo esta una variante descrita principalmente como un fenómeno congénito en población pediátrica y con pocos reportes en la población adulta.⁶



La formación de la FAR es aún indeterminado pero se cree que la *Transición de Epitelio a Mesénquima* (EMT) y las citoquinas inflamatorias juegan un papel importante en esta patología, debido a que la EMT se encuentra presente en la cicatrización de heridas causando que las células epiteliales del intestino penetran capas profundas de la mucosa y recto, causando daño al tejido local, formación de tubo y conexión a otros órganos; este proceso se activa por residuos bacterianos que liberan metaloproteinasas y citoquinas proinflamatorias como TNF- α e IL-13 aumentando la expresión de moléculas asociadas a invasión celular.⁷

El tratamiento quirúrgico de las FAR está determinado por la clasificación preoperatorio de la fistula y por la trayectoria que presente, en las fistulas simples interesfintéricas o con un trayecto transesfintérico bajo, se recomienda realizar una fistulotomía que es la resección de la pared anterior del trayecto fistuloso, haciendo que la pared posterior del trayecto se mantenga unido el tejido muscular del complejo esfinteriano; las FAR compleja que es aquella que tiene trayectos y orificios fistulosos secundarios múltiples requiere la sección del aparato esfinteriano por lo que se compromete la continencia fecal⁸, es por ello que se han sugerido diferentes métodos quirúrgicos el colgajo, ligadura del trayecto interesfintérico, sedal, seton de drenaje, seton de corte, seton químico, aplicación de fibrina, tapón de colágeno biodegradable y fistulotomía en dos tiempos.⁹

En el caso de este paciente se decidió la colocación de seton debido a que es una forma de controlar la sepsis perianal, evita el cierre del orificio externo evitando así la formación de abscesos y formación de fistulas complejas a largo plazo en pacientes con elevado riesgo quirúrgico, este tratamiento es el técnica de elección en pacientes con fistulas supurativas o cavidades abscesuales.¹⁰

CONCLUSIÓN

Las FAR complejas son un reto quirúrgico debido a la presentaciones tan variables que se pueden presentar, son una patología que frecuentemente afecta la calidad de vida de los paciente, a pesar de que su patogénesis aun no es clara pero los procesos inflamatorios juegan un papel importante en la alteración del epitelio; el objetivo del tratamiento es lograr resección de la fistula sin provocar afectación en la fisiología del esfínter así como evitar su presentación futura.

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez-Wong, U. (2013). Abscesos y fistulas anorrectales. *Rev Hosp Jua Mex*, 80(4), 243–247. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134f.pdf>
2. Víquez Redondo, K. F., Araya Cascante, R., Meneses Carvajal, M., Hidalgo Solís, M. J., & Cháves Rivera, J. C. Fístula anal: características y tratamiento. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 7(3). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i3.498>
3. Huang, H., Ji, L., Gu, Y., Li, Y., & Xu, S. (2022). Efficacy and safety of sphincter-preserving surgery in the treatment of complex anal fistula: A network meta-analysis. *Frontiers in Surgery*, 9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.825166>
4. Wright, W. F. (2016). Infectious diseases perspective of anorectal abscess and fistula-in-ano disease. *The American Journal of the Medical Sciences*, 351(4), 427–434. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2015.11.012>
5. Murad-Regadas, S. M., Regadas Filho, F. S. P., Holanda, E. de C., Veras, L. B., Vilarinho, A. da S., & Lopes, M. S. (2018). Can three-dimensional anorectal ultrasonography be included as a diagnostic tool for the assessment of anal fistula before and after surgical treatment? *Arquivos de gastroenterologia*, 55(suppl 1), 18–24. <https://doi.org/10.1590/s0004-2803.201800000-42>
6. Patel, A., Gillespie, C., & Kiosoglous, A. J. (2017). Unexpected complication after radical (inguinal) orchidectomy: trans-sphincteric anoscrotal fistula. *BMJ case reports*, 2017, bcr2016218078. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-218078>
7. Read V., Alejandro, & Salas O., Roberto. (2020). Manejo de la fistula anorrectal compleja. LIFT, colgajo de avance y otras técnicas. *Revista de cirugía*, 72(3), 250-256. <https://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020003547>
8. Charúa-Guindic, L., Méndez-Morán, M. A., Avendaño-Espinosa, O., Jiménez-Bobadilla, B., & Charúa-Levy, E. (2007). Setón de corte en el tratamiento de la fistula anal compleja. Medigraphic.com. <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2007/cc075f.pdf>



9. Luján-Mendoza, Karla Ivonne, Güemes-Quinto, Agustín, & Cosme-Reyes, Carlos. (2020). Ligadura interesfintérica de trayecto fistuloso como tratamiento de fistula anorrectal compleja. *Cirujano general*, 42(1), 13-18. Epub 24 de septiembre de 2021.
<https://doi.org/10.35366/92706>
10. Moya Forcén PJ, Gras C, Reina Á. Consejos y algoritmo en el tratamiento de la fistula perianal compleja. *Cir Andal*. 2021;32(3):398-402. DOI: 10.37351/2021323.10



ANEXOS

Figura 1. Colonoscopia que muestra granuloma a 1 cm del margen anal.

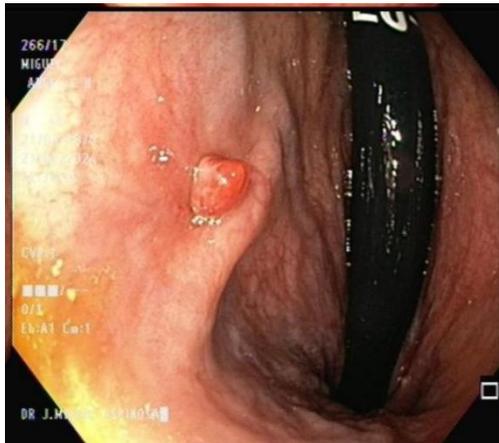


Figura 2. USG endoanal que muestra el trayecto de la fistula al colocar el medio de contraste

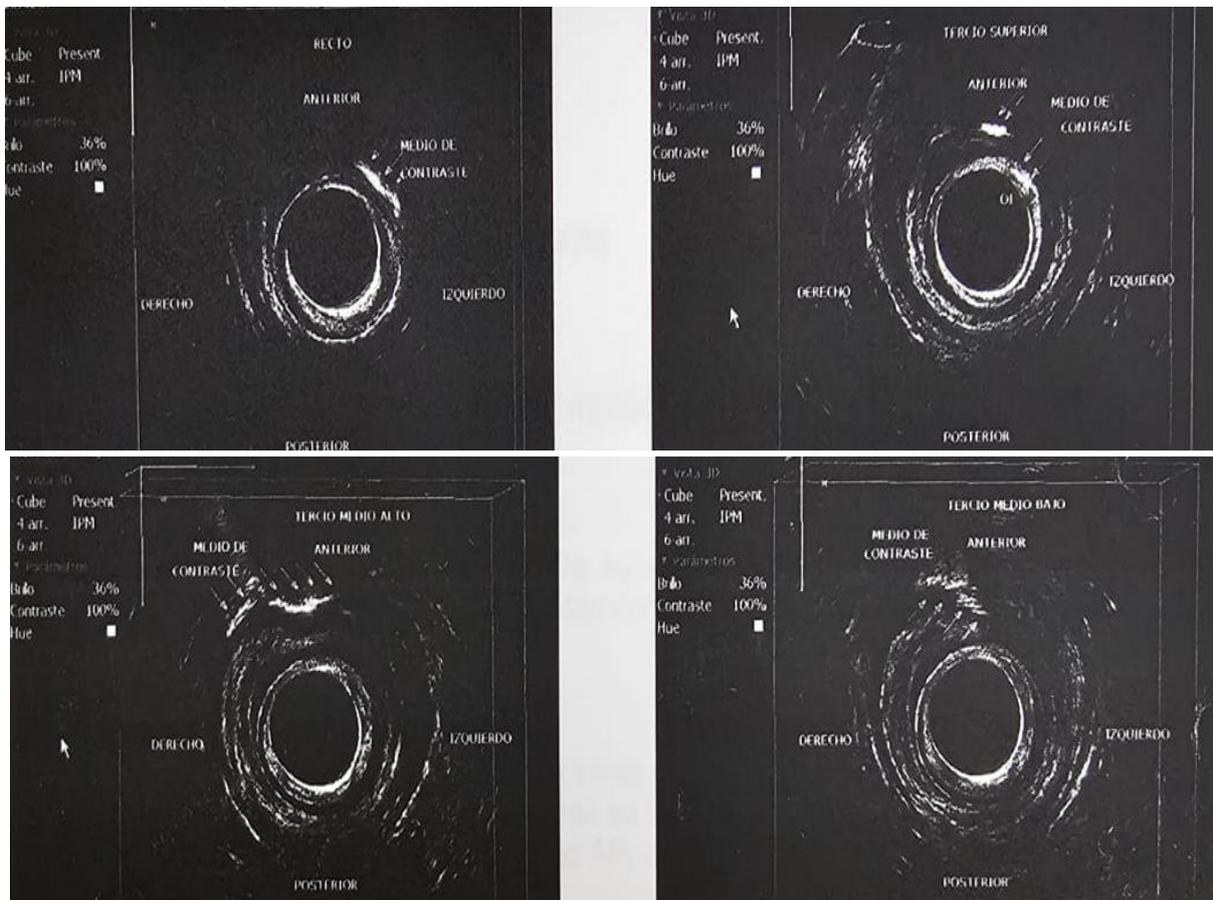


Figura 3. Canulación de fistula bajo visión directa

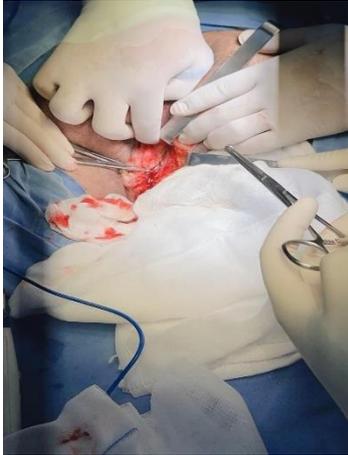


Figura 4. Incisión por planos para exposición del trayecto fistuloso.



Figura 5. Colocación de seton con sonda con sonda de alimentación 8 Fr.

