



O-125 - SEDAL AJUSTADO COMO ALTERNATIVA AL FLAP DE AVANCE

M.J. Gil Torregrosa, J. Ferri Romero, T. Blasco Segura, AzB. Apio Cepeda, M. Romero Simo y F. Lluís Casajuana

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Resumen

Introducción: Las fístulas complejas suponen un elevado volumen de entre la patología anorrectal y su tratamiento en muchas ocasiones presenta altas tasas de recidivas y diferentes grados de incontinencia fecal. Existen varias opciones de tratamiento para las fístulas transesfinterianas complejas con menor riesgo de incontinencia, yendo desde el sedal cortante y los colgajos de avance hasta los taponamientos de fístula y adhesivo de fibrina. Todas esas opciones tienen tasas de éxito variables. El manejo mediante el colgajo de avance anorrectal (CAAR) es considerado por la mayoría de los cirujanos colorrectales como el tratamiento de elección de la fístula anal compleja. Sin embargo, se han reportado tasas de recidiva de hasta el 63% utilizando el CAAR. El sedal cortante por su parte, presenta unas tasas de recidiva inferiores (17%), sin embargo, el porcentaje de incontinencia fecal reportado en fístulas transesfinterianas mediante esta técnica ronda el 31%. Hace años se planteó una modificación en el uso del sedal cortante consistente en la sustitución por un sedal elástico ajustado al esfínter con el fin de obtener una sección progresiva, gradual y con mínimas molestias para el paciente.

Objetivos: Valorar la resolución de las fístulas complejas y el grado de continencia postquirúrgico tras colocación de sedal elástico ajustado.

Métodos: Desde julio de 2008 hasta enero de 2013 se intervinieron 28 pacientes, incluidos en este estudio, cuya exploración clínica y ecografía endoanal reveló la existencia de una fístula transesfinteriana alta o supraesfinteriana según la clasificación de Parks, con trayecto único. No se realizó preparación intestinal ni profilaxis antibiótica como norma. En la intervención se practicó una fistulectomía con diatermia del trayecto hasta el esfínter externo y en este punto se colocó el sedal elástico ajustándolo alrededor del complejo esfinteriano. La estancia media postoperatoria fue de 1,6 días.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, 18 varones y 10 mujeres, con una edad media de 45,9 años y un seguimiento mínimo de 1,5 años. De las fístulas incluidas, 27 fueron transesfinterianas altas y 1 transesfinteriana baja en cara anterior en mujer. Con un seguimiento medio de 2,3 años, hasta el momento se ha constatado 5 casos de incontinencia leve a gases así como 1 recidiva que se trató con la misma técnica y actualmente, tras 11 meses de seguimiento, no ha recidivado y presenta buena continencia. El tiempo medio de permanencia del sedal ha sido de 17,5 semanas.

Conclusiones: Estos datos sugieren que el sedal ajustado es una técnica válida, y fácilmente reproducible, que permite tratar de una forma eficaz y segura las fístulas complejas,

acompañándose de una baja tasa de morbilidad, resultando una alternativa muy válida al colgajo de avance.