



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

¿Qué factores determinan el éxito o fracaso del procedimiento LIFT (Ligation of the intersphinterc fistulatract) para el tratamiento de la Fístula Anal?

Dra. Alma Gabriela Sandoval Peregrina, Médico Adjunto del Departamento de Cirugía en el Hospital Clínica del Parque en San Luis Potosí, México. Egresada de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo.

Resumen

La fístula anal es una de las patologías más frecuentes de la Coloproctología. Se han descrito diversos tratamientos para resolverla con la menor de las complicaciones tratando de no hacer más daño al complejo esfinteriano del que ya le hizo el proceso fistuloso en sí. Se han introducido nuevas técnicas en los últimos años, entre estos novedosos tratamientos tenemos el LIFT (Ligation of the intersphinterc fistula tract), el cual es un procedimiento cuyo principal atractivo es la no lesión del complejo esfinteriano que logra mantener sin cambios la continencia anal en el postoperatorio, sin embargo, los resultados de los estudios realizados desde su descripción son diferentes y muy variados entre sí según la casuística que se consulte, por lo que es necesario hacer una revisión de la bibliografía y de acuerdo a la experiencia obtenida poder identificar a los enfermos que podrán obtener el mayor beneficio de este procedimiento con las menores complicaciones. Los estudios realizados no definen claramente el tipo de fístulas incluidas en este procedimiento, e incluso, en cuanto al porcentaje de fallas no mencionan claramente cuáles han sido las que han fallado con el tratamiento, y de acuerdo con los resultados no se considera un procedimiento confiable para la reintervención de fístulas. Se deben tener en consideración las potenciales complicaciones que existen después de este procedimiento y que no son mencionadas en ninguno de los estudios.

Abstract

The anal fistula is one of the most frequent pathologies of Coloproctology. Various treatments have been described to resolve it with the least of the complications, trying not to do more damage to the sphincter complex than the fistulous process itself did. New techniques have been introduced in recent years, among these new treatments we have the LIFT (Ligation of the intersphinterc fistula tract), which is a procedure whose main attraction is the non-injury of the sphincter complex that manages to maintain unchanged anal continence in postoperative, however the results of the studies carried out since its description are different and very varied according to the casuistry that is consulted, so it is necessary to review the bibliography and according to the experience obtained to be able to identify the patients who can get the most benefit from this procedure with the least complications. The studies carried out do not clearly define the type of fistulas included in this procedure, and even in the percentage of failures they do not clearly mention which ones have failed with the treatment, and according



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

to the results it is not considered a reliable procedure for the reintervention of fistulas.

Potential complications that exist after this procedure and that are not mentioned in any of the studies should be considered.

Palabras clave: Fístula Anal, LIFT.

Introducción.

Debemos empezar por definir que es una fístula anal, y entre los conceptos que más fácil lo explican tenemos, que es una comunicación entre el anorrecto y el tejido perianal, que tiene un orificio primario (origen) y por lo menos un orificio secundario, cuando este se encuentra obliterado se forma un seno al no haber orificio de salida del material que produce la fístula.

El tratamiento de la fístula anal se ha descrito desde el año 460 A.C. y fue Hipócrates que ayudado por el setón cortante lo utilizó para resolver fístulas anales dejando invariablemente una lesión en el complejo esfinteriano que eventualmente provocaba algún tipo de incontinencia anal¹. Otro médico que tuvo una aportación muy importante en el desarrollo del tratamiento de la fístula anal fue Charles François Félix, quien en el año de 1686 como cirujano barbero de la época, se le encomendó curar la Fístula del Rey Sol Luis XIV, quien había notado una tumoración perianal que crecía y era muy dolorosa, recibió tratamiento con cataplasmas sin mejoría y finalmente se convirtió en una fístula, el Cirujano real ayudado por el diseño del equipo realizado por el Artesano Pierne Tchernia (fotografía 1) diseño instrumental especial que fue utilizado y curo la Fístula del Rey Sol (2).



Fotografía 1. Bisturí con la hoja en forma de hoz fina, flexible y cortante.

Anatomía del recto y conducto anal.

Por principio debemos tener un conocimiento muy preciso de la anatomía del recto y conducto anal, para poder lograr un entendimiento de la patología y poder llevar a cabo el procedimiento teniendo el resultado que estamos esperando.

El recto es la continuación del colon sigmoides y anatómicamente comienza a nivel de la tercera vertebra sacra donde las taenias se fusionan para formar el músculo longitudinal. Mide entre 10 a 15 cm y termina a nivel de los músculos



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

elevadores del ano donde inicia el conducto anal. El tercio superior del recto está rodeado de peritoneo, pero en una pequeña porción en el segmento posterior está rodeado por el mesorrecto que es el que provee el flujo sanguíneo a través de los vasos hemorroidales superiores, el tercio medio del recto es retroperitoneal, solamente en su porción anterior está cubierta de peritoneo, en este punto el mesorrecto se vuelve más ancho y en la porción posterior del recto está completamente desprovisto de peritoneo. El recto está íntimamente relacionado con el piso pélvico y el espacio pararectal, hacia abajo y lateralmente al diafragma (5) pélvico está el ápex de la fosa isquiorrectal. El recto sigue la curvatura del sacro, pero en sus dos tercios inferiores donde se conecta con el canal anal gira abruptamente hacia atrás y abajo, este ángulo anorrectal es mantenido por el músculo puborrectal, parte importante del mecanismo de continencia³. El conducto anal tiene una longitud entre 3 y 4 cm, es la porción terminal del tubo digestivo, está delimitado por el ángulo anorrectal en su porción craneal y por el margen anal en su porción distal, su conformación muscular son los músculos elevadores del ano y los esfínteres del ano (interno y externo). A los lados del complejo esfinteriano se encuentran las fosas isquioanales. El esfínter anal externo está conformado por fibras musculares de tipo estriadas que se divide en 3 haces: profundo, superficial y subcutáneo. (Fig. 1) El esfínter anal interno está formado por la continuación de las fibras musculares de la capa circular del recto. El músculo longitudinal del canal anal es la continuación de las fibras musculares longitudinales del recto que en su porción caudal pasan entre las fibras de esfínter anal interno y externo, algunas de estas fibras divergentes se fijan finalmente en la piel de la región anal y perianal (4).



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

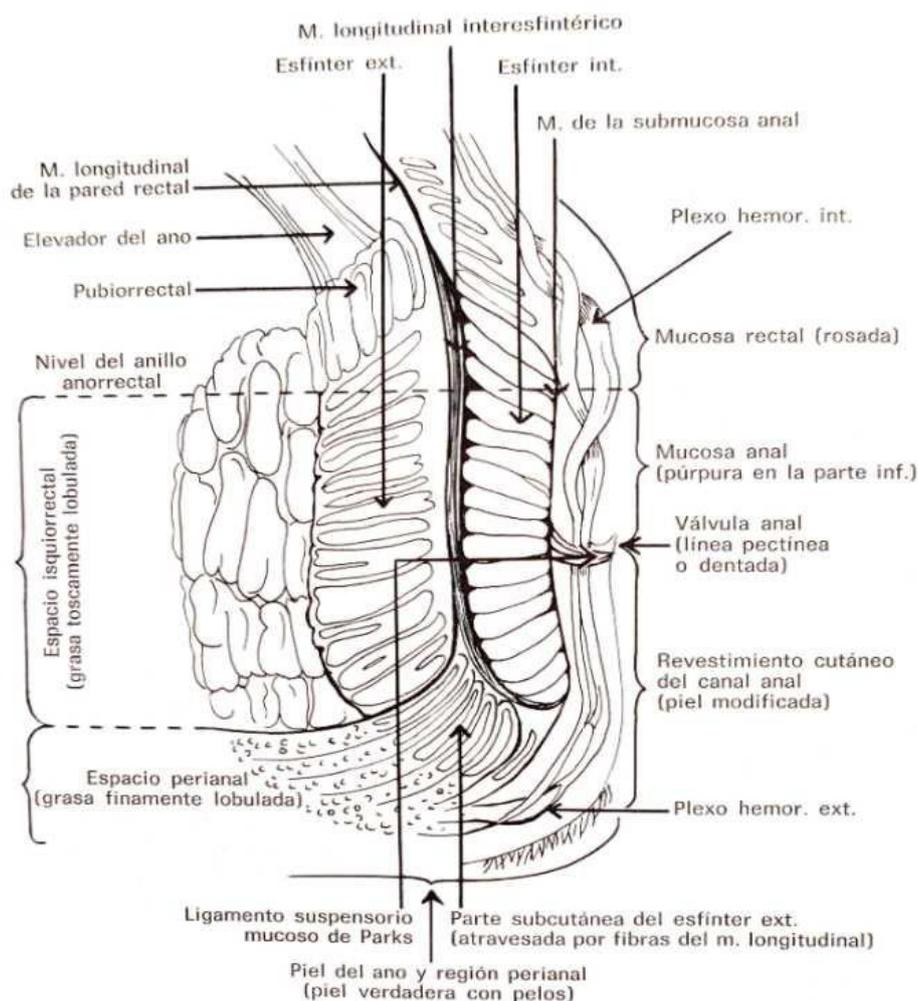
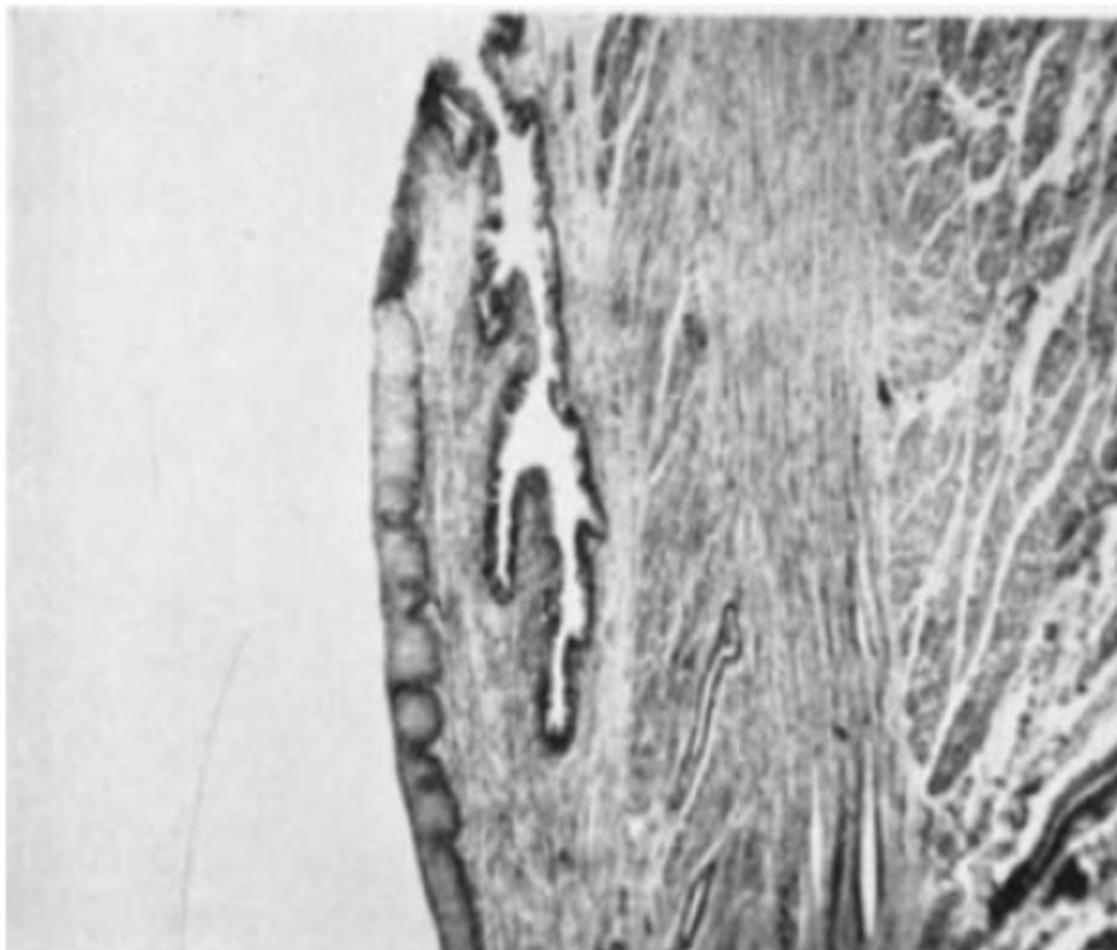


Fig. 1. Dibujo de un corte diafragmático del conducto anal. (J.C. Goligher, 1979)

Recordemos que el conducto anal tiene 8 o más glándulas anales, que fueron descritas por primera vez por Chiari (1878), con una apertura en el ápice de la cripta anal y en ocasiones más de una glándula se abre en la misma cripta, algunas glándulas anales parecen estar confinadas a la submucosa, pero en dos tercios penetran hacia las fibras del esfínter anal interno y en más de la mitad de estas ocasiones alcanzarán la capa interesfintérica, por lo general, la dirección de las glándulas es hacia afuera y abajo (fotografía 2). La importancia quirúrgica de las glándulas anales es porque el origen de los abscesos o fistulas anales tienen un origen criptoglandular, y la infección penetra desde la submucosa y a través del espacio interesfintérico (5,6).



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348



Fotografía 2. Microfotografía de un corte longitudinal de la pared anal donde se evidencia como penetra y se dirige la glándula anal. (J.C. Goligher, 1979)

Fístula anal su etiología y diagnóstico.

El absceso y la fístula anal son etapas diferentes de una misma enfermedad, el absceso es la etapa aguda y la fístula es la etapa crónica de esta patología. La prevalencia por edad se encuentra entre los 20 a 60 años con promedio de 40 años en ambos sexos, y en cuanto a la prevalencia de sexo es más frecuente en hombres 2:1 (1).

Son diferentes teorías las que han tratado de explicar la etiología de la fístula anal sin que se pueda determinar exactamente en todas cual es el mecanismo por el cual se desarrolla esta enfermedad.

Las lesiones perineales penetrantes secundarias a trauma y ocasionalmente partículas de alimentos como huesos de pollo y pescado que inadvertidamente el paciente ingiere y que durante la evacuación se impactan sobre el conducto



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

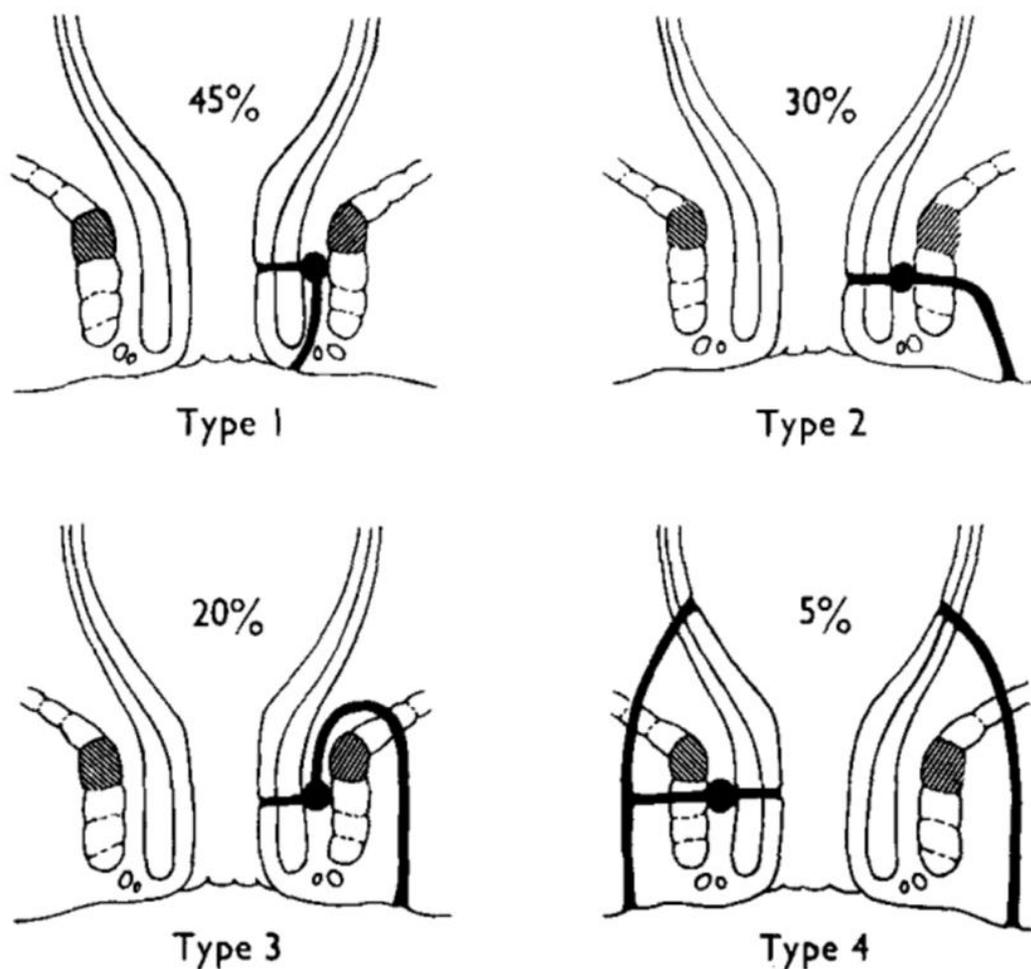
anal ocasionan inflamación y obstrucción de la glándula que termina por producir un absceso y finalmente convertirse en fístula. En esta categoría también se considera la episiotomía medio lateral que puede asociarse con fístula anal compleja.

La enfermedad inflamatoria intestinal que con más frecuencia se asocia al desarrollo de fístula es la enfermedad de Crohn, pero el origen de estas fístulas no es criptoglandular y debe manejarse con cuidado porque en ocasiones tiene trayectos fistulosos que pueden pasar inadvertidos u orificios secundarios en el recto.

Las enfermedades infecciosas que pueden desarrollar fístulas anales como presentación atípica son la tuberculosis, que en la actualidad los casos han disminuido muy importantemente, y la infección por actinomicosis, que con el apropiado manejo antimicrobiano pueden curar.

Debe considerarse la fístula del ano asociada a tumores anorrectales como el carcinoma cloacogénico, adenocarcinoma y malignidad en las glándulas anales. Además, debemos recordar que durante el mecanismo de la evacuación el ángulo que forma la materia fecal con el conducto anal y el impacto que tiene sobre la línea media posterior, debe tener algún rol en el desarrollo de esta patología, al ser esta glándula la que se afecta con mayor frecuencia (1). 7

La clasificación de las fístulas realizada por el Dr. Parks en el año 1976 (6), que describió después de analizar más de 400 casos durante un periodo de 15 años, refiere que se deben clasificar de acuerdo con la relación que tenga el trayecto fistuloso con el complejo esfinteriano, y describió 4 grandes grupos (Fig. 2)



1. Interesfintérica
2. Transesfintérica.
3. Supraesfintérica.
4. Extraesfintérica.

Fig. 2 Clasificación de las fístulas anales de Parks (A.G. Parks, 1976)

En este trabajo también habla de que debemos ser cautelosos al momento de revisar a un paciente ya que en muchas de las ocasiones hay tejido fibroso e inflamatorio que no nos permitirán identificar adecuadamente todos los trayectos fistulosos o senos que puedan haberse formado y con la exploración física estemos pasando por alto.

Debemos tener en consideración que clínicamente hay herramientas para poder diagnosticar una fístula, entre estas tenemos la regla de Goodsall (Fig. 3), donde



se indica que si se traza una línea transversal desde el punto central del ano las fístulas por delante de esta línea se dirigen en dirección recta hacia el canal anal, a diferencia de las que tienen los orificios externos por detrás de esta línea terminan con un trayecto curvo y el orificio primario situado en línea media posterior, el trayecto curvo en la parte posterior puede presentarse unilateral o bilateralmente(3). Esta regla se cumple en la mayoría de los casos siempre que el drenaje del absceso sea espontáneo y que el orificio secundario este situado máximo a 3 cm del margen anal, si fuese diferente es probable que no se cumpla con lo descrito anteriormente.

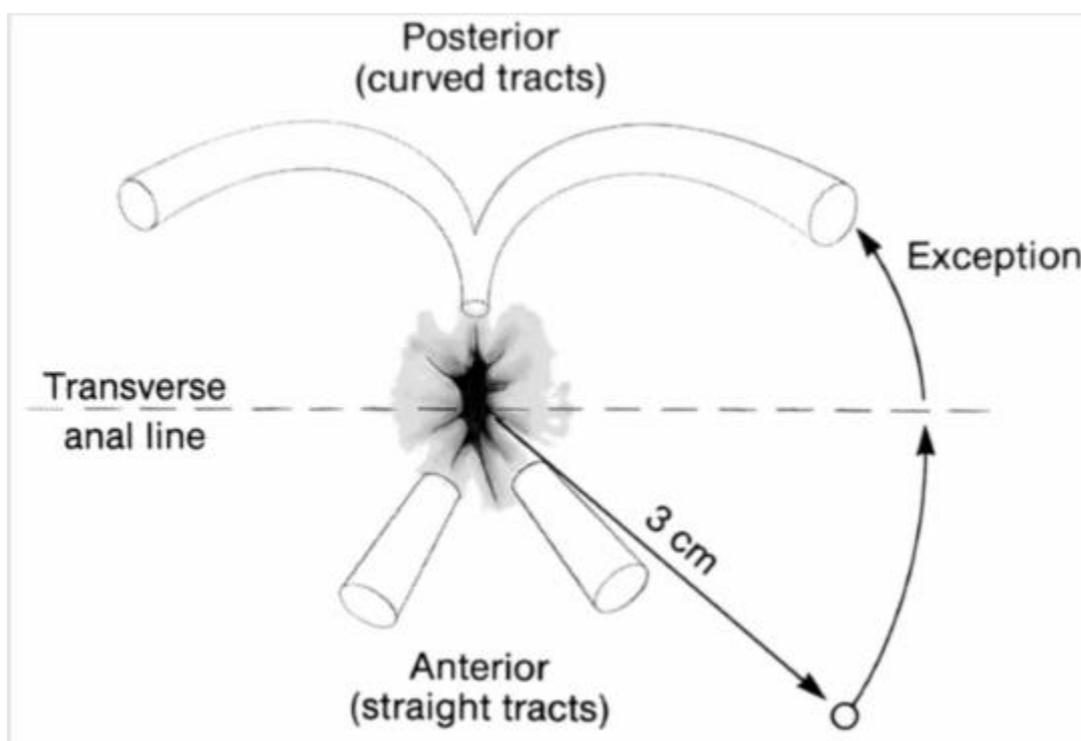


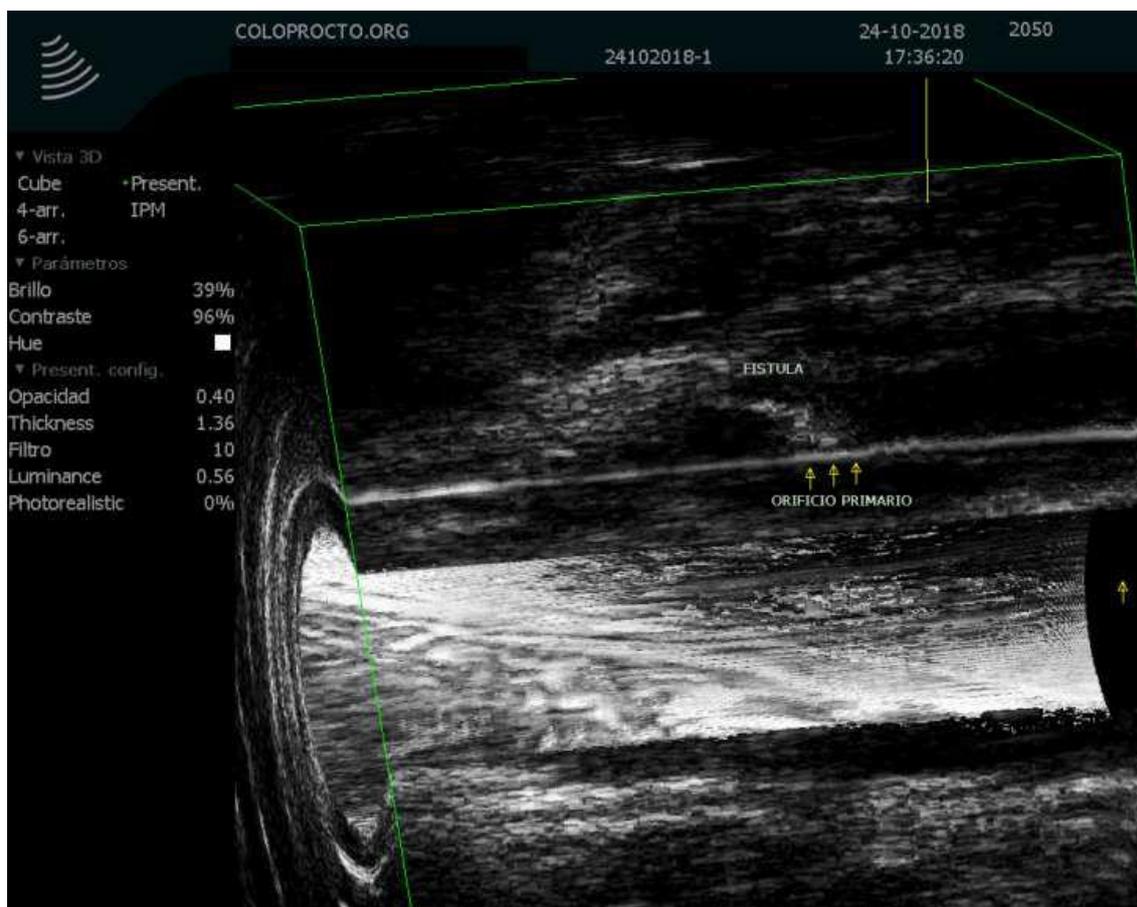
Fig. 3 Regla de Goodsall

El conocimiento preciso de la anatomía y la clasificación de las fístulas, son necesarios para realizar un buen diagnóstico clínico, aunque podemos tener una mejor evaluación si nos apoyamos con estudios de imagen para mejorar la (8) precisión diagnóstica y poder determinar cuál será el mejor tratamiento para cada uno de nuestros pacientes. Las dos herramientas más importantes con las que contamos son la Resonancia Magnética Nuclear y el Ultrasonido Endoanal de 360° (7). La complementación con estudios de imagen nos permitirá saber cómo se encuentra la anatomía del conducto anal previo a realizar cualquier tratamiento quirúrgico que estemos considerando como opción para cada paciente. El Ultrasonido Endoanal (fotografía 3) tiene la ventaja de ser más



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

accesible y de menor costo siendo una herramienta útil que podemos utilizar en todos nuestros pacientes para valoración prequirúrgica de la fístula en el ano, ya que debemos recordar que no siempre es posible identificar el orificio primario por ser muy pequeño o bien podemos pasar inadvertidamente trayectos fistulosos alto o senos, que sin duda alguna pueden hacer fallar el tratamiento, o en los casos de pacientes reintervenidos no haber sido identificados previamente (8). El uso metódico en los pacientes con diagnóstico de fístula anal nos ayudará a tener una mejor precisión diagnóstica, y se ha demostrado en diversos estudios que el uso con agua oxigenada nos ayuda a mejorar la sensibilidad del estudio hasta un 93%, muy similar al que se tiene por Resonancia Magnética, pero con las ventajas ya mencionadas anteriormente.



Fotografía 3 Ultrasonido Endoanal de 360° Fístula Anal Transesfintérica.

En una revisión hecha por un grupo de médicos en Pennsylvania en el año de 1993 se concluyó que de un 20 a 30% de las recidivas posterior al tratamiento quirúrgico independientemente de la técnica utilizada, ocurren por falla en la



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

identificación de los trayectos secundarios, y del 32 al 53% ocurren porque no se identificó correctamente el orificio primario, el fallo en la identificación de este puede ocurrir en la primera cirugía entre un 12 a 28% (9).

Las guías clínicas para el tratamiento de la Fístula Anal realizadas por el Comité de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto, en la última revisión realizada en el 2016 ¹⁰ menciona que la teoría más aceptada acerca del origen del absceso y fístula anal es un proceso infeccioso originado en las glándulas anales, el objetivo del tratamiento deberá ser obliterar el orificio primario y los trayectos fistulosos preservando la función esfinteriana, pero debemos de tener en consideración que no debemos generalizar el tratamiento que ofrecemos a nuestros pacientes, porque cada fístula es diferente, las comorbilidades de cada individuo y por supuesto la experiencia del cirujano son factores que deben ser tomados en consideración para decidir cual tratamiento ofrecerá el mejor resultado con la menor posibilidad de complicaciones.

Los trayectos fistulosos más comúnmente identificados son los interesfintéricos y los transesfintéricos, y menos frecuentemente las fístulas supraesfintéricas y Extraesfintérica, de acuerdo con la clasificación previamente descrita en 1976 por el Dr. Parks.

La fístula la podemos clasificar por los elementos que la integran en (10):
Fístula completa o simple. Es la que tiene un orificio primario y un orificio secundario. Fístula incompleta (Ciega o sinus). Es la que presenta un orificio primario y un trayecto fistuloso, pero carece de orificio secundario.

Fístula compleja. Es la que posee uno o más orificios primarios y varios orificios secundarios, con trayectos múltiples.

Fístula complicada. Cuando el trayecto fistuloso establece comunicación con algún órgano vecino (Rectovaginal, rectovesical y otros) En la literatura comúnmente se habla de la clasificación de fístulas en simples y complejas, se incluyen entre las complejas las que afectan más del 30% del esfínter anal externo, supraesfintérica, extraesfintérica, fístulas en herradura, fístulas asociadas con enfermedades inflamatorias intestinales, radiación, malignidad, diarrea crónica o incontinencia fecal preexistente. Y entre las fístulas simples identifican las interesfintéricas y transesfintéricas bajas que involucren menos del 30% del complejo esfinteriano (11).

De todos los tratamientos descritos a lo largo del tiempo en la literatura para resolver la fístula anal la posibilidad de afectar la continencia varía de un 10 al 57% de acuerdo con la literatura revisada, partiendo de este hecho, se han intentado desarrollar técnicas que no comprometan la continencia para poder disminuir la gran afección que causa en la vida social el tener algún tipo de



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

incontinencia y por lo tanto se busquen técnicas en donde además de resolver el problema podamos ofrecer al paciente la menor de las posibilidades de presentar esta complicación.

Fístula anal y LIFT (Ligation of intersphincteric fistula tract)

El artículo publicado en el 2007 por el Dr. Arun Rojanasakul de la Universidad de Chulalongkorn realizado en Bangkok, Tailandia¹², se describió una técnica innovadora para resolver las fístulas anales sin comprometer la continencia llamada LIFT (Ligation of Intersphincteric Fistula Tract), la descripción del procedimiento pone de manifiesto que el primer paso es aplicar un enema previo al evento quirúrgico, no especificando si es la noche previa o justo antes del procedimiento, después bajo anestesia regional y con el paciente en posición de navaja sevillana se localiza en primer lugar el orificio primario introduciendo agua a través del orificio fistuloso externo o bien un estilete que nos permita identificar el trayecto fistuloso. En el espacio interesfintérico se realiza una incisión curvilínea para poder disecar cuidadosamente e identificar el trayecto fistuloso en el espacio interesfintérico, con ayuda de una pinza de ángulo se asegura la porción interesfintérica de la fístula y es ligado con sutura absorbible Poliglactin 3/0 en una porción distal y proximal, la porción proximal al orificio primario es resecada junto con la glándula afectada, si es posible, y son removidas para estudio (10) histopatológico, se vuelve a introducir agua para confirmar que el trayecto fue dividido de forma correcta (Fig. 4). En el trayecto fistuloso distal deberá realizarse minuciosamente un curetaje, y al orificio externo se deberá realizar una remodelación para permitir un drenaje adecuado. La incisión realizada en el espacio interesfintérico se cierra con sutura absorbible Poliglactin 3/0 con puntos separados.

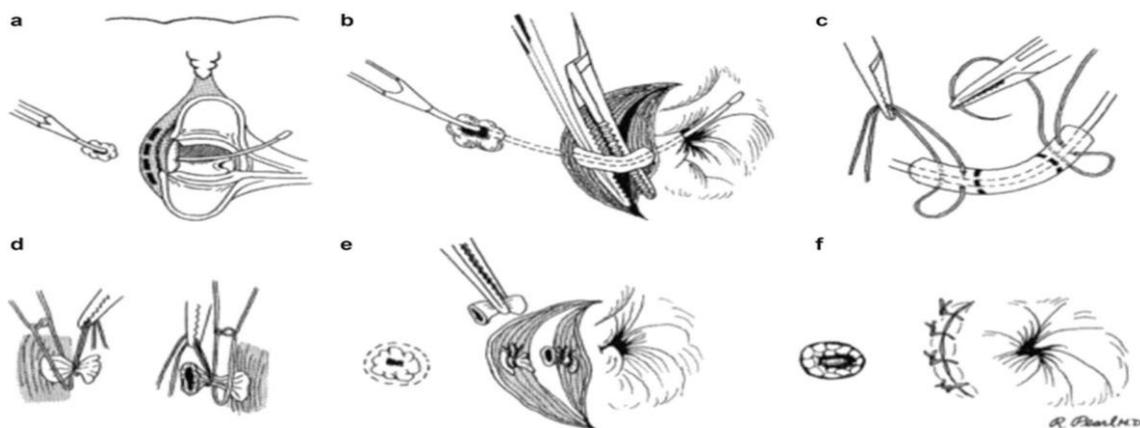


Fig. 4 Ligation of Intersphincteric Fistula Tract (LIFT) (A.M., Anal Fistula, 2014)



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

En el estudio prospectivo observacional realizado en 18 pacientes que fueron sometidos al procedimiento por el Dr. A. Rojanasakul realizado de enero a junio del 2006 de acuerdo con los resultados publicados no hay limitaciones en los criterios de inclusión en cuanto a la clasificación de la fístula para elegir este procedimiento como tratamiento, se realizaron en 13 fístulas Transesfintéricas, en hemiherradura de las cuales 4 eran Transesfintéricas altas y una supraesfintérica, la tasa de curación fue del 94.4 %, solamente una fístula transesfintérica baja no pudo ser resuelta con este procedimiento, probablemente por la incorrecta identificación del trayecto fistuloso, pero se sometió nuevamente a un LIFT y la fístula se resolvió. Es decir, estos resultados iniciales son bastante alentadores, aunque no en todos los centros ha sido posible reproducir los mismos resultados.

Revisión de la literatura y comparación de resultados.

A lo largo de 10 años después de la descripción de la técnica se han llevado a cabo en diferentes centros de estudios tratando de reproducir la misma tasa de éxitos reportados de este procedimiento, sin embargo, los resultados son variables.

Haremos mención de algunos de los estudios que hablan de su experiencia en este procedimiento.

El Dr. Joshua I. S. Bleier y colaboradores en el 2010 publicaron un estudio prospectivo en la Universidad de Minnesota donde incluyeron a 39 pacientes que fueron sometidos a LIFT, el procedimiento fue realizado por 11 cirujanos colorrectales en 3 centros diferentes que habían recibido entrenamiento en la realización de este procedimiento, ellos modificaron la forma de ligar el trayecto interesfintérico (sin especificar cómo) y en el orificio interno realizaban un gentil curetaje y después lo cerraban. El promedio de edad de los pacientes incluidos fue de 49 años, los tipos de fístulas que fueron tratadas incluyeron 1 interesfintérica, 28 transesfintéricas, 7 en herradura Transesfintérica, 1 supraesfintérica y 2 fístulas rectovaginales. En promedio los pacientes habían sido intervenidos en 3 ocasiones con diversos métodos conservadores de la continencia. El porcentaje de curación fue del 57% después de un seguimiento de 6 meses. La importancia de este estudio es que fue el primero que se realizó en Norteamérica, ellos concluyen que, aunque sus resultados no son muy alentadores consideran el procedimiento como una buena opción terapéutica en el tratamiento de las fístulas anales (13).

En el 2011 se publicó un estudio realizado en el hospital Policlínico de Roma, Italia, en donde el Dr. Sileri llevó a cabo un estudio prospectivo con 18 pacientes, el criterio de inclusión fue fístulas complicadas, y en los pacientes con historia reciente de absceso anal se colocaba un setón de drenaje y se difirió el procedimiento por 6 a 8 semanas, a todos los pacientes se realizó Resonancia Magnética y Ultrasonido Endoanal. 15 pacientes tenían fístulas Transesfintéricas



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

altas, 2 fístulas rectovaginales y 1 paciente antecedente de absceso en herradura, 3 pacientes necesitaron la colocación previa de un setón por infección activa o múltiples trayectos. El seguimiento promedio fue de 6 meses. 15 pacientes (83%) tuvieron una cicatrización completa, y 3 pacientes tuvieron sintomatología persistente y requirieron tratamiento quirúrgico posterior, pero ya no fueron candidatos para LIFT, 1 se sometió a fistulotomía y los otros 2 pacientes se colocó setón y después se realizó un colgajo de avance (14).

En el 2012 se publicó un estudio prospectivo realizado en 4 hospitales escuela de Illinois en Chicago por el Dr. Ariane M. Abcarian, que incluyó 40 pacientes con fístulas Transesfintéricas independientemente de la etiología, solamente se excluyeron aquellos pacientes que presentaran un absceso activo, se realizó ultrasonido Endoanal en solo 1 paciente, y 1 de los pacientes se sometió a un LIFT bilateral. El procedimiento se realizó bajo anestesia regional o general, el resto del procedimiento se llevó a cabo como lo descrito inicialmente por el Dr. Rojanasakul, la única variante fue en pacientes con trayectos fistulosos muy largos y fibrosos donde una porción de la fístula fue reseca. En la mayoría de los pacientes se colocó un Gelfoam con anestésico en el recto para mejorar el dolor en el postoperatorio. El seguimiento se llevó durante un periodo de 18 semanas en promedio. El porcentaje curación fue del 74%, en este estudio se hace mención que los pacientes que no han sido sometidos a otra cirugía previa o sólo 1 cirugía previo al LIFT tienen un porcentaje de éxito entre el 75 y el 90%, además se identificó que 3 de los 8 pacientes fumadores no cicatrizaron, al igual que 2 de los pacientes con obesidad, por lo que se debe tener en consideración la posibilidad de éxito menor en estos pacientes (15).

El Dr. Ulrik G. Wallin y colaboradores realizaron un estudio retrospectivo del Departamento de Cirugía en la Universidad de Minnesota para evaluar los resultados del tratamiento LIFT a largo plazo en cuanto al porcentaje de curación y la función de la continencia. Se realizó entre marzo del 2007 y septiembre del 2011. La cirugía fue realizada por 9 cirujanos colorrectales, se excluyeron los pacientes que tuvieron menos de 3 meses de seguimiento, fístulas rectovaginales, enfermedad de Crohn, fístulas neoplásicas, la presencia de una estoma al momento de la cirugía y pacientes que dejaron de asistir al seguimiento postoperatorio. Se incluyeron en el estudio 93 pacientes, con edad media de 43 años, y el 61% fueron hombres. El 17% de los pacientes tenían una fístula en herradura o fístulas múltiples, el 32% habían sido sometidos a procedimiento quirúrgico previamente y en el 92% de los pacientes había sido colocado un setón.

Después del procedimiento el porcentaje de pacientes que sanaron fue del 40% (37) después del primer intento de LIFT, 34% (32) tuvieron síntomas persistentes, y 24 pacientes tuvieron recurrencia. El promedio del tiempo de seguimiento en estos pacientes fue de 19 meses. El tiempo promedio de la recurrencia fue de 7 meses, y no pudieron identificar alguna relación con la causa



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

de fallo en el procedimiento. 16 pacientes fueron reintervenidos con el mismo procedimiento, y solamente 7 casos tuvieron éxito. Después de los resultados ellos concluyen que, aunque sus números no son muy alentadores como en estudios realizados previamente, lo explican por la gran cantidad de pacientes en la que el procedimiento sería por reintervención, y consideran que no es indispensable el uso del setón en el preoperatorio a menos de que exista un proceso infeccioso asociado. Y finalmente hacen la observación que las complicaciones del procedimiento son tardías, de ahí la importancia de hacer un seguimiento largo y poder asegurar que el porcentaje de curación se mantiene después del tiempo observado (16).

En el 2013 el Dr. Siripong Sirikurnpiboon publicó un estudio realizado en el Hospital Rajavithi en Bangkok con 21 pacientes, el 80.9% fueron hombres, y los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, pacientes con reciente diagnóstico de fístulas de origen criptoglandular complejas, sin evidencia de colecciones activas por ultrasonido. Los criterios de exclusión fueron fístulas superficiales, enfermedad de Crohn perianal y otras enfermedades inflamatorias y malignas. Todos los pacientes fueron sometidos prequirúrgicamente a Ultrasonido Endoanal de 360°. 19 fístulas fueron Transesfintéricas altas, 1 Transesfintérica en herradura y 1 Transesfintérica baja. El porcentaje de cicatrización fue del 83%, con 4 casos de recurrencia, no se especifica el tiempo de seguimiento para en este estudio. Un aspecto interesante de este estudio es que incluyeron otro grupo del mismo tamaño donde la técnica fue combinada con el LIFT plus, que modificaba la técnica al realizar una resección parcial con fistulectomía del orificio secundario al esfínter anal externo; la distribución fue similar en sexo, edad y tipos de fístulas incluidas para el tratamiento con un porcentaje de éxito ligeramente superior (85%) a los pacientes que solamente se realizó LIFT, por lo que se considera que no hay una diferencia significativa en la tasa de éxito que al realizar el procedimiento sólo (17).

En el 2014 en la Revista de Cirugía Digestiva de Brasil se publicó un estudio prospectivo en el hospital Mato Grosso do Sul, Campo Grande en Brasil, se incluyeron pacientes con fístulas de origen criptoglandular sin antecedente de cirugía previa, pacientes entre 21 a 68 años, los criterios de exclusión fueron fístulas de etiología diferente y que hayan tenido intervenciones previas. En este estudio nuevamente se modifica la técnica realizando un paso previo al LIFT con la colocación del setón 4 a 6 semanas antes de realizar el LIFT. El porcentaje de curación fue del 87.5% (18).

Un estudio en conjunto de la Universidad de Harbor y la Cleveland Foundation en el año 2012 hicieron un estudio retrospectivo de agosto a octubre del 2011, en donde se incluyeron 38 pacientes de los cuales 28 fueron hombres y 10 mujeres, con fístulas transesfintéricas, no se definen criterios de exclusión, todas las cirugías fueron realizadas por el mismo cirujano. En 7 pacientes se había llevado a cabo algún procedimiento previo, en 29 pacientes se colocó un setón



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

antes de realizar el LIFT y 5 pacientes tenían el antecedente de fístulas medias posteriores y absceso en herradura previo. En este estudio se menciona una relación encontrada entre la longitud de la fístula y la posibilidad de curación de la fístula, encontrando que por cada 1 cm de longitud mayor la posibilidad de curación disminuye en un 0.55%, además se encontró la relación entre la colocación previa del setón mayor en un 62% de los pacientes vs un 56%. Después de un seguimiento de 12 meses el porcentaje de curación fue del 62%, y en la conclusión hacen referencia a que el Ultrasonido Endoanal debe ser realizado en los casos fallidos de las fístulas complejas, no como rutina preoperatoria en todas las fístulas (19).

En el 2013 el Dr. Tanweerul Huda en Bhopal, India se realizó un estudio prospectivo donde se incluyeron 32 pacientes (26 hombres y 6 mujeres), definieron en los criterios de inclusión a pacientes que cumplieran con lo siguiente: edad (27 a 56 años), Fístulas transesfintéricas bajas sin comorbilidades en el paciente, fístula madurada, profilaxis antibiótica preoperatoria durante 3 días con cefalosporinas de tercera generación, los criterios de exclusión fueron pacientes con enfermedades granulomatosas y absceso anorrectal activo, tuvieron una recurrencia del 17.5% que atribuyeron a técnica fallida, y ningún paciente en el postoperatorio presentó cambios en la continencia anal (20).

En la Universidad de Brasil en Campo grande se llevó a cabo otro estudio prospectivo en el 2014 que incluyó a pacientes con fístulas transesfintéricas de etiología criptoglandular entre 18 y 80 años, sin intervenciones previas. Se excluyeron los pacientes con fístulas interesfintéricas, extraesfintéricas y supraesfintéricas y los que tenían etiología diferente a la criptoglandular. El estudio se llevó a cabo en dos fases la primera de ellas se colocó un setón de látex para madurar la fístula y después de 6 semanas fue removido y se llevó a cabo el LIFT con curetaje del trayecto fistuloso y cauterización del orificio primario con electrocauterio. Se incluyeron 22 pacientes (12 hombres y 10 mujeres), la edad promedio fue de 45 años, el seguimiento promedio fue de 14 meses. El porcentaje de curación fue del 77%, por lo que ellos concluyen que esta técnica es una buena opción en el tratamiento de las fístulas transesfintéricas simples, y en los casos fallidos por lo menos en su muestra no hubo complicaciones y pudieron resolver la fístula por fistulotomía (21).

Michal Romaniszyn y colaboradores describieron la experiencia de su Centro en el Departamento de Cirugía General en el colegio Médico de Cracow, Kierownik con una serie de 17 pacientes, de los cuales 4 son fístulas transesfintéricas simples, 5 fístulas complejas y 5 fístulas recurrentes después de haber realizado una fistulotomía, todos los pacientes fueron sometidos a Ultrasonido Endoanal previo al procedimiento quirúrgico para la correcta clasificación de la fístula; la



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

edad promedio de los pacientes fue de 47 años, y en la distribución de sexo 13 fueron hombres y 1 mujer, no se especifica los otros 3 pacientes incluidos en el estudio el sexo ni el tipo de fístula que tenían diagnosticada. Ellos hacen una aclaración en este estudio de la definición de fístula compleja para el propósito de su estudio, y la definen con múltiples trayectos con un mismo origen en la cripta anal, o que tengan un orificio secundario en común. El seguimiento promedio de los pacientes fue de 8 meses, de las 4 fístulas transesfintéricas simples 1 persistió, de las fístulas recurrentes el procedimiento falló en 3, y en las fístulas complejas falló en 2 pacientes. Concluyen que el LIFT es una técnica efectiva en el tratamiento de fístulas sencillas con un porcentaje de éxito del 80%, en comparación con las fístulas complejas donde la tasa de éxito fue del 50% y en las fístulas recurrentes solo de un 33% (22).

Wael Barakaat Ahmed Momamed MD et al. Realizaron un estudio prospectivo en el Hospital Universitario de Sohag en Egipto que incluyó 18 pacientes, los criterios de inclusión fueron ser mayores de 18 años, fístulas complejas recientemente diagnosticadas y ausencia de senos confirmado por Resonancia Magnética. Los criterios de exclusión fueron fístulas superficiales, enfermedad perianal de Crohn, malignidad y fístulas recurrentes. Se incluyeron 14 fístulas transesfintéricas altas, y 4 fístulas en herradura. Todos los procedimientos se llevaron a cabo bajo anestesia regional, como variante se utilizó la posición de Lloyd Daves y el orificio primario se identificó inyectando azul de metileno. El seguimiento de los pacientes fue en promedio de 17.33 ± 4.29 semanas. El porcentaje de curación fue del 88.9% por lo que consideran el procedimiento como recomendación para el tratamiento de las fístulas anales sin evidencia de complicaciones en la continencia del paciente (23).

En la universidad de Egipto el Dr. Hassan E. A. Younes realizó un estudio prospectivo donde incluyó a 21 pacientes (12 hombres y 9 mujeres), los criterios de inclusión fueron fístulas transesfintéricas y los criterios de exclusión pacientes con fístulas perianales secundarias a tumores, enfermedad inflamatoria intestinal, fístulas en herradura con múltiples trayectos fistulosos, con infección activa o diabetes mellitus descontrolada, con incontinencia preexistente y pacientes con anticoagulantes. 8 pacientes tenían una fístula Transesfintérica alta que involucraba más de 2/3 del esfínter anal externo diagnosticado por Resonancia, y 4 pacientes habían sido sometidos previamente a una fistulotomía. Se realizó selectivamente Resonancia Magnética Nuclear a los pacientes con fístulas recurrentes y pacientes con sospecha de fístula compleja. Como variante los pacientes fueron intervenidos en posición de litotomía. El 90.5% de los pacientes tuvieron una curación completa y los restantes tuvieron una fístula interesfintérica recurrente y requirieron una fistulotomía después de 3



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

meses. Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio presentó cambios en la continencia después del procedimiento (24).

Yansong Xu et al. Publicaron un estudio retrospectivo en el 2017 de pacientes sometidos a LIFT en el Hospital Universitario de Guanxi en China, incluyeron pacientes con fístulas recurrentes sometidas al menos a 1 evento quirúrgico previo. Se realizó Ultrasonido Endoanal a todos los pacientes, y todos los procedimientos fueron realizados por 1 cirujano. Se incluyeron 55 pacientes (35 hombres y 20 mujeres), que previamente habían sido sometidos a una cirugía para tratamiento de la fístula anal, con edades entre los 17 a 62 años, en el 63.7% de los casos los pacientes tenían alguna comorbilidad (diabetes mellitus, enfermedad de Crohn, tuberculosis e hipertensión arterial). Los tipos de fístula se distribuyeron de la siguiente manera 31 transesfintéricas (6 en herradura), 20 fueron interesfintéricas (10 en herradura) y 4 fueron fístulas rectovaginales, el periodo de seguimiento fue de 16 meses, y el porcentaje de curación fue del 60%. Concluyen que son muchos los factores que determinan el éxito de este procedimiento como la complejidad de la fístula, la manipulación en el campo quirúrgico, comorbilidades, la experiencia y habilidad del cirujano entre muchos otros factores no identificados (25).

Mohammedy M. El-Said et al publicaron en el 2018 en la revista de Cirugía de Egipto un estudio prospectivo llevado a cabo de enero del 2016 a enero del 2017 donde incluyeron a 26 pacientes con fístulas transesfintéricas altas, a todos los pacientes se realizó anoscopia y Ultrasonido Endoanal para clasificación correcta de la fístula, y poder saber preoperatoriamente que porcentaje del esfínter anal estaba involucrado y tener localizado el orificio primario. Se consideró fístula alta si abarcaba más de 2/3 del conducto anal. Se excluyeron a pacientes con fístula recurrente, incontinencia anal previa, menores de 18 años y mayores de 75 años, absceso activo malignidad, e infecciones por HIV y tuberculosis, diabetes mellitus descontrolada. Como variante en la técnica descrita originalmente ellos realizaron el procedimiento con el paciente en posición de litotomía, el resto de la técnica quirúrgica se llevó a cabo como estaba descrita originalmente. El seguimiento de los pacientes fue de 8 meses con un porcentaje de curación del 80.8%. Después de este estudio concluyen que el procedimiento es bueno para resolver fístulas transesfintéricas, pero se necesita seguimiento a más largo plazo y poder evaluar cómo se puede utilizar en cada tipo de fístula (26).

Por último, antes de hacer un análisis en conjunto de lo mencionado anteriormente, es conveniente revisar los resultados de la Universidad Chulalong en Bangkok Tailandia en el 2017 ²⁷, donde hablan de su experiencia después de una década de realizar el LIFT en un estudio retrospectivo realizado en pacientes que se realizó el procedimiento de mayo del 2006 a octubre del 2010. Incluyeron



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

a todos los pacientes con fístula anal y fístula recurrente que fueron sometidos al procedimiento, incluyendo aquellos pacientes con comorbilidades de inmunosupresión (diabetes mellitus, VIH, cirrosis), se excluyeron a los pacientes con cáncer anorrectal, pacientes con incontinencia y fístulas rectovaginales. La fístula la clasificaban intraoperatoriamente por el cirujano como se describe a continuación:

1. Transesfintérica baja: el trayecto fistuloso pasa entre el haz subcutáneo y el superficial del esfínter anal externo.
2. Transesfintérica alta: El trayecto fistuloso pasa entre el músculo puborrectal y la porción superficial del esfínter anal externo.
3. Interesfintérica: El trayecto pasa por el esfínter anal interno y se queda localizado en el plano interesfintérico.
4. Isquioanal en hemiherradura: el trayecto fistuloso pasa por la fosa isquioanal y forma una cavidad que tiene su origen u orificio primario en línea media posterior.
5. Isquioanal en herradura: El trayecto fistuloso involucra las dos fosas isquioanales y se conecta a través del espacio postanal profundo con orificio primario en la línea media posterior.

Todos los pacientes fueron sometidos a LIFT por el Dr. Arun Rojanasakul o por algún otro cirujano entrenado en el centro en dicho procedimiento, en todos los pacientes se utilizó la técnica descrita previamente, y el seguimiento de los pacientes fue por 12 meses, después de esto solamente eran contactados vía telefónica y si existía alguna sintomatología se les ofrecía acudir a seguimiento. La distribución de los pacientes de acuerdo con el tipo de fístula y el porcentaje de curación fue el siguiente: interesfintérica fueron 27 casos con un porcentaje de curación del 85% (23), fístula transesfintérica baja 140 con un porcentaje de curación del 92% (129), transesfintéricas altas 15 con porcentaje de curación del 60% (9), en hemiherradura 64 con un porcentaje de curación del 89% (57), en herradura 5 con un porcentaje de curación de 40% (2), 42 pacientes habían sido intervenidos previamente con procedimiento diferente a LIFT con un porcentaje de curación del 90.5% (38). La distribución por sexo fue predominantemente en hombres en una relación de 82.5% vs 17.5%, con edad promedio de 41 años.

Clasificaron los procedimientos fallidos en dos grandes grupos: el primero de ellos el orificio externo permanecía abierto con lo que se consideraba el trayecto fistuloso remanente estaba recanalizado y se recomendaba someter al paciente a un re-LIFT, en el segundo grupo se consideró a los pacientes que el orificio externo está cerrado pero se abrió otro orificio secundario en el espacio interesfintérico en donde había sido realizada la incisión, en estos pacientes debido a que la fístula se convertía en una fístula simple interesfintérica eran sometidos a fistulotomía.



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

De los 31 procedimientos fallidos 11 casos fueron sometidos a re-LIFT de los cuales solamente 5 fueron exitosos y no volvieron a ser sometidos a este procedimiento, los demás fueron tratados con diversas técnicas; y solamente 2 pacientes no sanaron, uno de los pacientes presenta infección por actinomicosis en el trayecto fistuloso, que se determina puede ser el origen de que aun después de los procedimientos a los que fue sometido no tenga curación. Ellos concluyeron que, aunque su estudio es limitante por ser retrospectivo y puede haber pérdida de muchos datos, hacen referencia a que los resultados apuntan a ser una de las técnicas conservadoras de esfínter más favorables que existen actualmente, aunque si creen debe estandarizarse para el paciente que será sometido a este procedimiento.

Es poca la literatura que habla de las complicaciones o fallas del procedimiento, pero vale la pena mencionar el trabajo de los autores que están trabajando en la identificación de las mismas. Una de las primeras publicaciones que analiza las potenciales complicaciones del procedimiento fue realizado en Singapur por el Dr. Ker-Kan Tan F.R.C.S. y colaboradores²⁸ quienes realizan un estudio retrospectivo de 93 pacientes a los cuales se realizó el procedimiento en el periodo de abril del 2006 a septiembre del 2010. Se identificaron 7 fallas con descarga persistente en el espacio interesfintérico, de los cuales 4 fueron por persistencia del orificio primario confirmado por Ultrasonido Endoanal y fueron tratados exitosamente con fistulotomía, y 3 pacientes recibieron antibióticos y nitrato de plata local con éxito para la cicatrización. De las 6 recurrencias que se identificaron el tiempo promedio para que tuvieran recidiva fue de 22 semanas, se realizó exitosamente fistulotomía en 4 pacientes, en 1 se repitió el LIFT con éxito y el último paciente se utilizó un colgajo ano cutáneo. Ellos concluyen 3 patrones de falla que se ilustran en la figura 5.

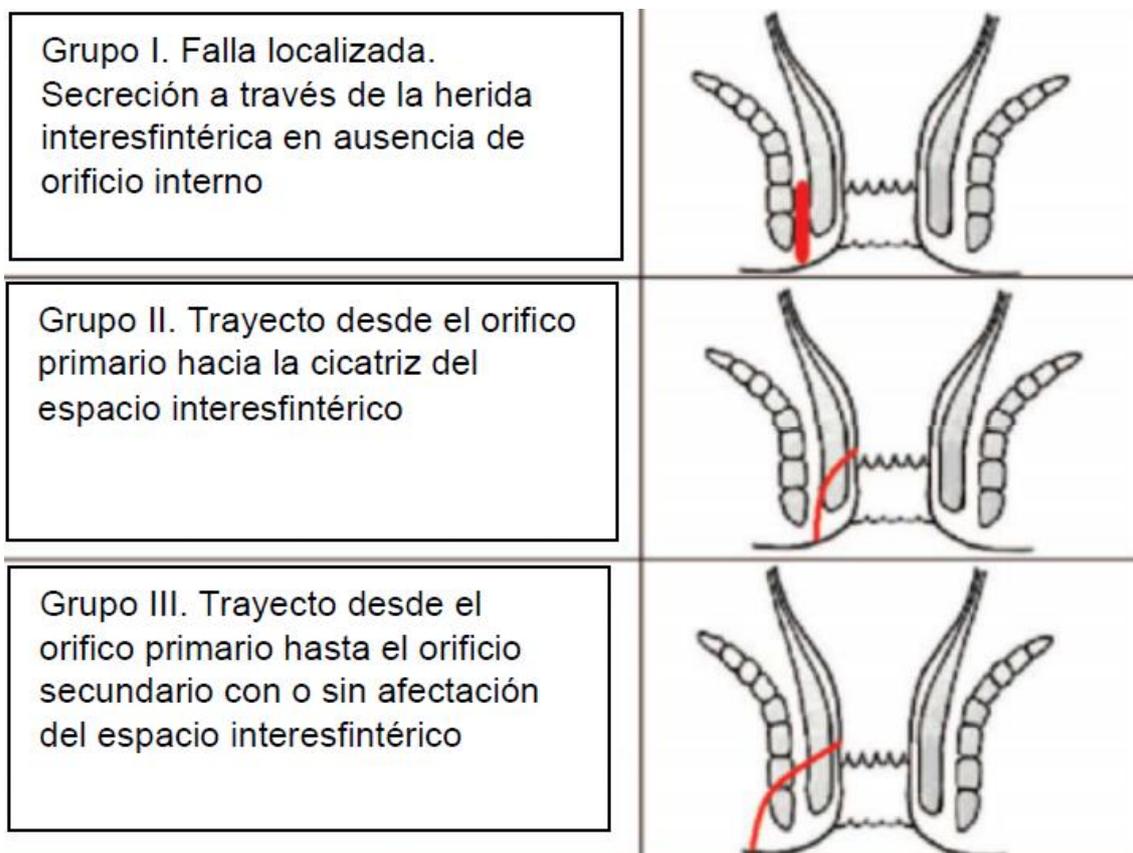


Figura 5. Clasificación de las fallas después del LIFT. (Ker-Kan Tan, 2011)

El siguiente estudio que habla de los resultados mixtos del procedimiento fue realizado por la Dra. Anne-Marie E. Sirany en Minnesota, en una revisión sistemática de 133 estudios realizados en los centros donde se ha llevado a cabo el procedimiento y los detalles de la curación fueron recabados. Después de la revisión inicial se decidió incluir 26 estudios para el análisis de los cuales 12 fue el procedimiento clásico descrito por el Dr. Arun Rojanasakul, 5 fueron estudios donde se llevó a cabo el LIFT pero sin escisión del trayecto ligado, 4 estudios prospectivos que combinaban la técnica clásica de LIFT con la resección del trayecto fistuloso del orificio externo al borde externo del esfínter anal externo, el LIFT más la colocación intraoperatoria de setón que consiste en la ligadura del trayecto fistuloso en el espacio interesfintérico pero agrega la colocación del setón a través del orificio externo hacia la apertura del trayecto fistuloso, y era removido a las 3 semanas, el LIFT plus con reparación de colgajo, el LIFT plug que consiste en la colocación de un tapón biológico en el orificio externo del trayecto fistuloso, BioLIFT que refuerza la ligadura del LIFT con una malla bioprotésica para cerrar el trayecto fistuloso, y el clásico procedimiento LIFT pero en pacientes con enfermedad perianal de Crohn. Son pocas las complicaciones



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

descritas en los estudios realizados entre las que incluyen complicaciones menores como fisura anal, dolor anal, infección micótica vaginal, sangrado, infecciones del sitio quirúrgico superficiales y trombosis hemorroidal externa. Ellos concluyen que la técnica descrita originalmente ha sido adaptada por cada centro hospitalario y eso resulta en que no podemos tener resultados confiables del porcentaje de éxito que tiene el procedimiento y la falta de seguimiento a largo plazo sin duda alguna como factor determinante para pasar por alto complicaciones que existen en el procedimiento más allá de la afección en la continencia del paciente (29).

Discusión

Después de un análisis de este innovador procedimiento y los estudios realizados llama la atención que desde el inicio los criterios no han sido definidos concretamente para saber quiénes son los pacientes candidatos a este procedimiento, algunos estudios realizados han descrito cambios en el procedimiento e incluyen pacientes con fistulas que no ha sido comprobado puedan ser candidatos a este procedimiento (11-26).

No todos los estudios han especificado el tipo de fístula que han incluido para este tratamiento, y aunque en el artículo original se han descrito que las fístulas ideales para recibir este tratamiento son las transesfintéricas altas, sin embargo, como se mencionó anteriormente en muchos estudios no se describe que porcentaje corresponde a cada fístula en la clasificación. En uno de los estudios realizados en la universidad de Brasil el orificio primario no era resecado, sino que era cauterizado, y además colocaron un setón durante 6 semanas previo a realizar el LIFT, aún con estas variables para asegurar la maduración correcta de la fístula no realizan Ultrasonido Endoanal para poder evaluar si hay trayectos secundarios altos o senos anales que estén comunicados con el orificio primario, por lo que considero las variaciones realizadas en la técnica no influyen en una mayor tasa de éxito en los pacientes (20).

En realidad, no hay factores claramente identificados que puedan disminuir el éxito del procedimiento LIFT, y aunque bien en cada uno de los artículos mencionados con anterioridad hablan de diversos factores que pueden hacer que el porcentaje de éxito disminuya no ha quedado claro que se repita en todos los estudios, por lo que no podemos definir qué factores determinan el resultado del procedimiento.

La menor tasa de curación en las fístulas en herradura la podemos relacionar a que aun cuando podamos identificar el orificio primario, es difícil el poder ligarlo porque la división del trayecto es muy cercana al orificio primario, y los orificios externos pueden ser difíciles de dejar suficientemente drenados, por lo que las heridas de drenaje deben ser amplias. Algo parecido ocurre en las fístulas transesfintéricas altas en las cuales puede resultar difícil identificar



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

correctamente el trayecto fistuloso y ligarlo, considerando que es en el espacio interesfintérico donde encontramos más comúnmente las proyecciones altas hacia el espacio supraelevador y no queda claro que hacer con esta situación en que tenemos un trayecto perpendicular al trayecto principal en el sitio de la ligadura. (Fig. 6)

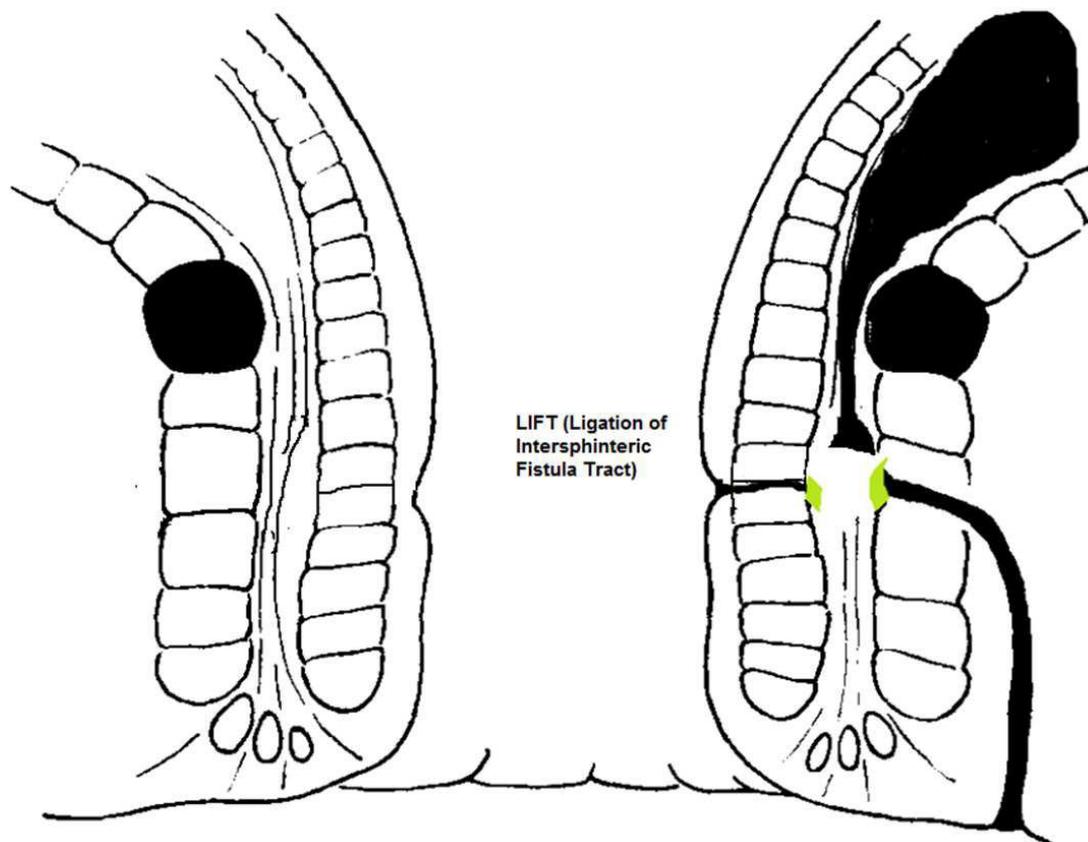


Fig. 6. Fístula interesfintérica con trayecto alto ciego supraelevador.

El uso del setón en el preoperatorio a pesar de ser una herramienta usada en muchos de los estudios realizados, no ha demostrado una clara relación con el incremento en el porcentaje de éxito, por lo que se considera que no es indispensable el colocarlo previo a realizar el procedimiento.

Ahora bien, hablemos de los estudios donde incluyeron fístulas que habían sido intervenidas con anterioridad incluso en más de dos ocasiones, el porcentaje de curación fue bajo, cerca del 47% en todos los estudios realizados, por lo que no debería ser considerado como opción terapéutica sobre todo por que pueda ya estar afectada la continencia, que es una de las razones para llevar a cabo este



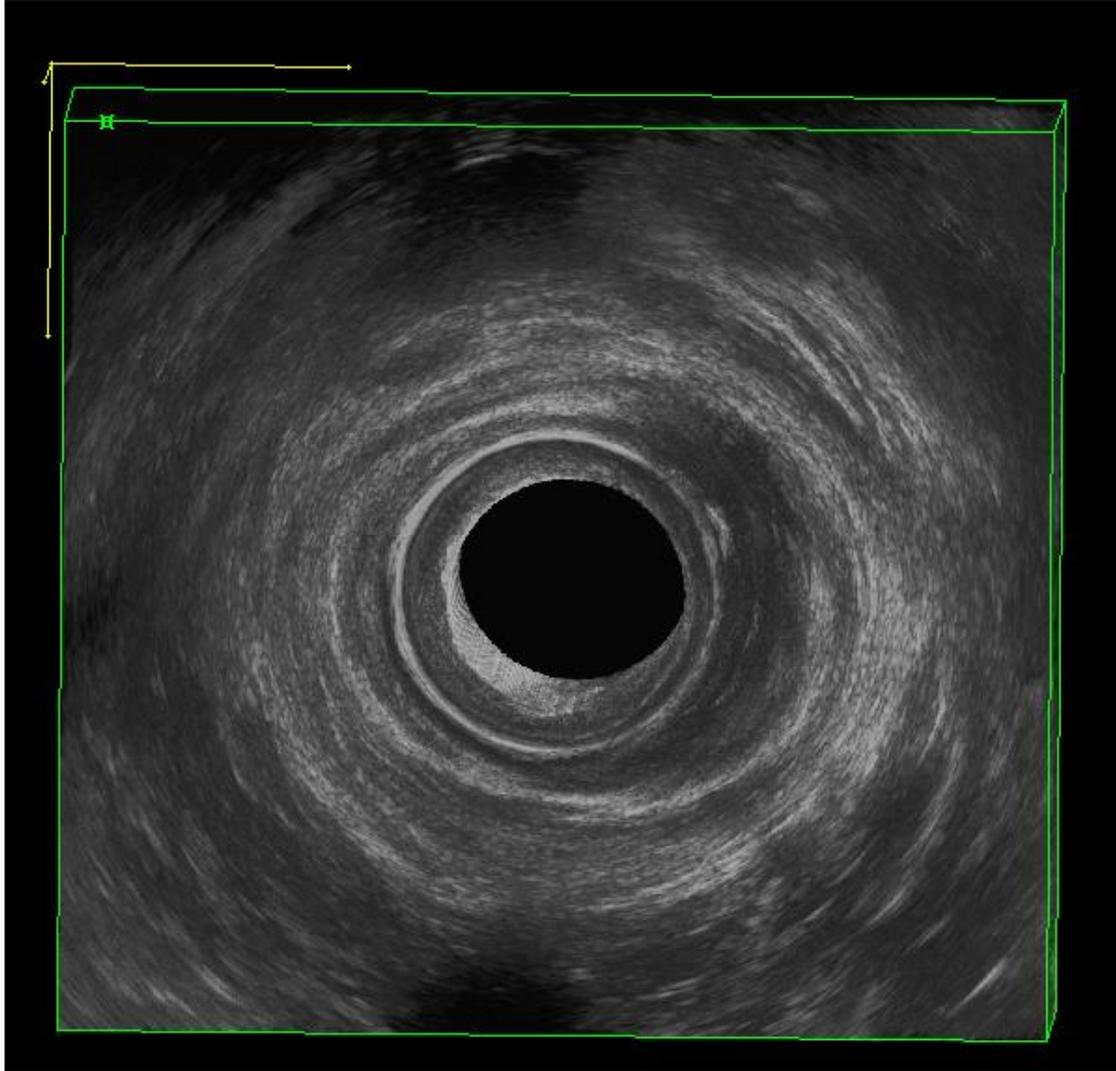
Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

procedimiento, sin contar con la dificultad técnica por la cantidad de tejido fibroso e inflamación que podemos encontrar y la difícil disección del espacio interesfintérico, que nos puede llevar a tener resultados pobres, y aunque no generemos daño del complejo esfinteriano los cambios en los tejidos pueden dificultar la correcta identificación de la fístula para la resolución de la patología. Se han identificado factores de riesgo para que el porcentaje de éxito disminuya, pero en forma general como lo sería en cualquier procedimiento y no en específico del LIFT, entre estos se incluyen la obesidad, los fumadores, múltiples cirugías previas. No ha se hecho mención a que porcentaje de los casos el tratamiento falla por no tener una adecuada clasificación de la fístula y saber si existe más de algún trayecto o senos anales que al eliminar el orificio externo y obliterar el orificio interno pueden generar una complicación a pesar de quitar el origen criptoglandular y entonces nos encontramos ante un nuevo reto de complicación que seguramente ya no podremos manejar conservadoramente y terminará por verse afectada la continencia en mayor grado. El único factor identificado en un solo estudio relacionado con la tasa de curación de la fístula en el procedimiento es la longitud del trayecto fistuloso (18).

A continuación, podemos ver unas imágenes de Ultrasonido Endoanal de 360°, cabe mencionar que los pacientes que a continuación se muestran fueron referidos a nuestro centro para control ultrasonográfico ante la persistencia de la fístula anal. (Fotografías 4, 5, 6 y 7).



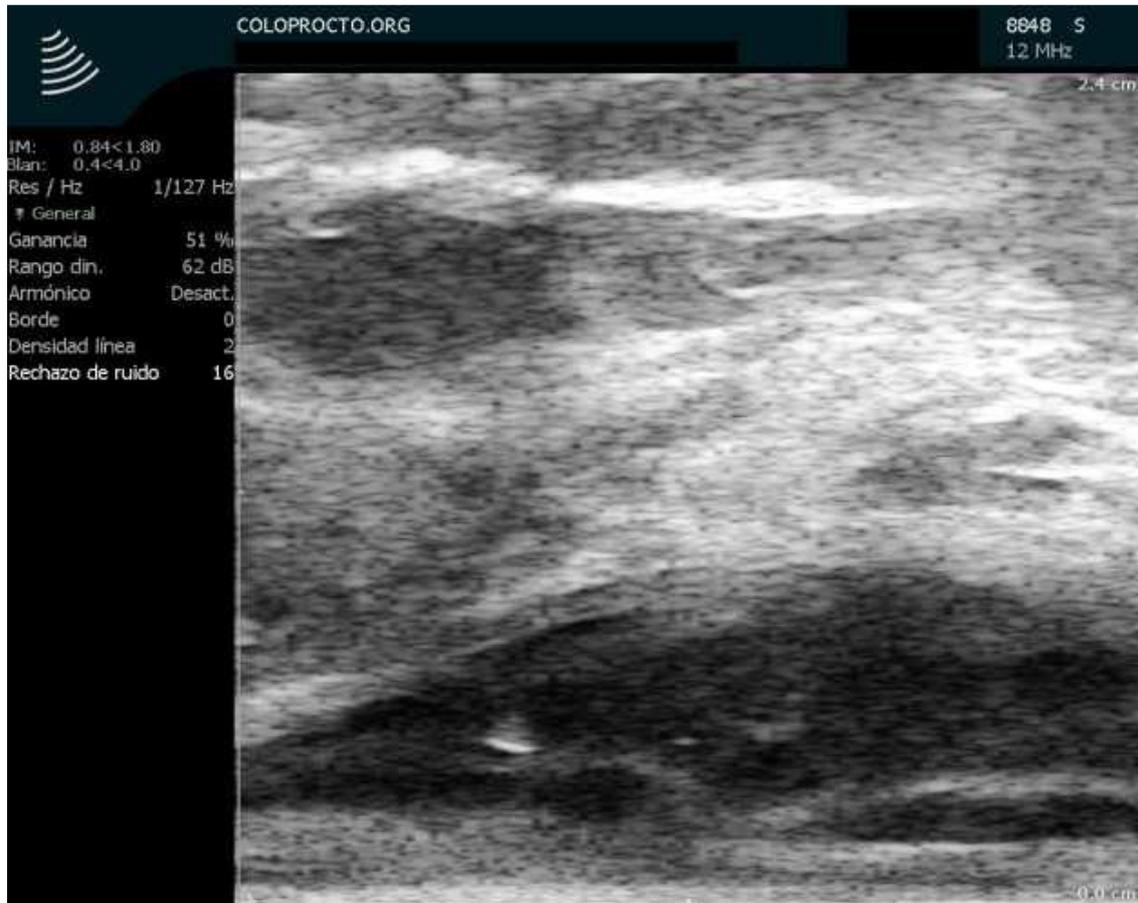
Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348



Fotografía 4. Paciente 1 postoperado de LIFT 6 meses previos a la obtención de las imágenes ultrasonográficas, con persistencia de fístula. Se identifica orificio secundario (en la cicatriz de la cirugía) y otro en el cuadrante anterior izquierdo cercano a la línea media a 7 cm del margen anal. La zona hiperecoica (flecha) es el sitio donde se realizó el LFT que corresponde al conducto medio a nivel de la línea dentada.



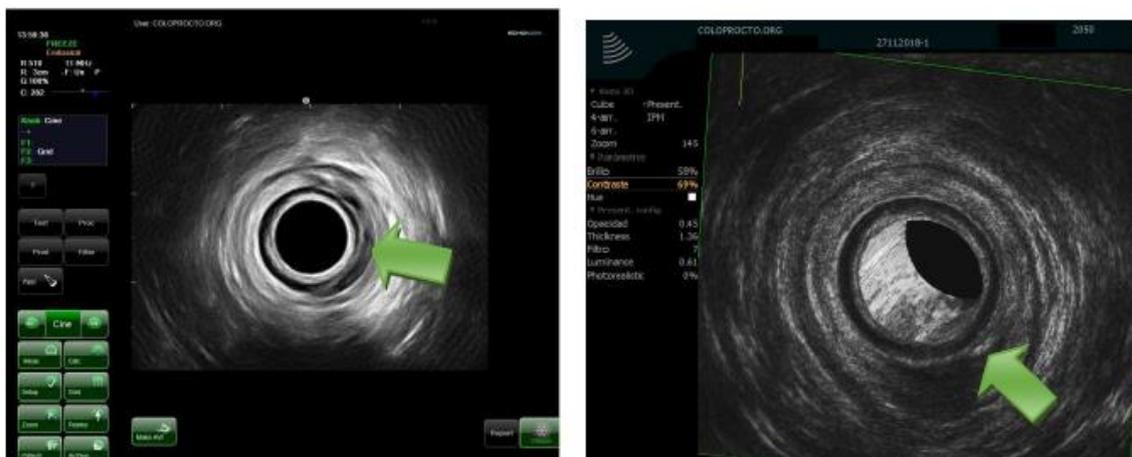
Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348



Fotografía 5. Paciente 1 corte sagital del conducto anal con transductor biplanar donde se confirma el orificio primario (flecha recta) y la cicatriz del LIFT (flecha curva).



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348



Fotografías 6 y 7. Paciente 2. Postoperado de LIFT 3 meses previos a la toma de las imágenes ultrasonográficas, la zona hiperecoica (flecha) es el sitio donde se realizó la ligadura, hacia la línea media posterior se identifica una zona hipoeicoica que corresponde al orificio primario.

El seguimiento de los pacientes postoperados de LIFT no ha sido suficientemente extenso para poder identificar complicaciones postquirúrgicas que en ocasiones no tienen manifestaciones desde una etapa temprana, y en muchas de las revisiones realizadas de la bibliografía se concluye que el seguimiento debería ser más largo para poder determinar realmente el porcentaje de éxito del mismo.

Hasta ahora ninguno de los estudios realizados ha logrado determinar con claridad que factores son los que van a influir en el éxito o fracaso del procedimiento LIFT, por múltiples limitantes en cuanto a su aplicación en cada grupo específico de pacientes, la calidad de la evaluación en cada paciente candidato al procedimiento, la heterogeneidad en la selección de los pacientes. Debo mencionar que en nuestro centro no estamos realizando el procedimiento LIFT porque, aunque los resultados de los estudios son muy alentadores, en la práctica hemos identificado, al ser un centro de referencia de otros hospitales, complicaciones difíciles de resolver por la dificultad técnica con los espacios perianales afectados y que terminan por comprometer aún más el complejo esfinteriano y por consecuencia la continencia del paciente, que se supone es el gran atractivo de este procedimiento. Así deberemos de tener en consideración que, al no estar identificado claramente el paciente ideal para realizar este procedimiento, no debemos realizarlo, mucho menos si no tenemos identificadas las particularidades en cada caso, hace falta la evaluación de los postoperatorios con seguimientos más largos donde se pueda evaluar realmente cuales son las cifras de éxito en la curación de la fístula.



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

A continuación, se muestran imágenes de pacientes con falla en el tratamiento quirúrgico utilizando la técnica de LIFT, donde se puede observar mayor afectación del complejo esfinteriano con formación de senos altos supraelevadores lo que se supone lógico al considerar que este tipo de presentación de procesos fistulosos nacen y se extienden por el espacio interesfintérico.



Fotografía 8. Paciente postoperado 3 de LIFT 6 meses previos con seno alto interesfintérico en el cuadrante anterior izquierdo.



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348



Fotografía 9. Paciente postoperado de LIFT hace 12 meses con seno alto en el espacio supraelevador (flecha) orificio secundario en el cuadrante anterior izquierdo cercano a la línea media a 6 cm del margen anal.

Es de llamar la atención que en la literatura revisada no es mencionado este tipo de complicación, pero creemos que podría ser consecuencia quizá de una mala reproducción de la técnica en nuestra zona geográfica de trabajo ya que pareciera que, al no existir aún un entrenamiento formal y generalizado, cada cirujano o equipo quirúrgico está llevando a cabo el procedimiento a su mejor entendimiento.

Nos pareciera que se debe protocolizar adecuadamente este procedimiento en centros de investigación con un número significativo de pacientes y un tiempo de seguimiento prolongado para después de confirmarse su indicación clara, seguridad y reproducibilidad sea difundida la técnica a través de talleres evaluados por personal calificado, respaldados por colegios y sociedades internacionales con el fin de alcanzar la mayor tasa de éxito con el menor riesgo de complicaciones teniendo en cuenta la curva de aprendizaje la cual desconocemos en este momento.

La idea de ligar el trayecto fistuloso o resecarlo con el mínimo daño esfinteriano no es nueva. En el año 1993 se publicó un artículo realizado en el hospital San



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

Mark's de Londres por el Dr. D. Matos, P. J. Lunniss and R. K. S. Phillips ³⁰, donde describen una técnica para el tratamiento de las fístulas anales con una tasa de éxito del 69.3 %. (D. Matos, 1993). El mérito para el Dr. Arun Rojanasakul es haber logrado una tasa de curación tan alta según sus resultados y a nuestro parecer la técnica de LIFT se ha extendido demasiado rápido sin antes haber estandarizado el estudio preoperatorio y el tipo de fístula a tratar, sin lugar a dudas con el LIFT aumentamos más las opciones terapéuticas para tratar a nuestros pacientes pero pensamos que un reporte de un estudio realizado en 6 meses, no debió ser suficiente para que sin ningún orden se tratara de reproducir en otros hospitales. Esto lleva el riesgo de que los resultados esperados no se alcancen y se termine desechando el procedimiento con el paso del tiempo como ha pasado con otros sin haber sido correctamente evaluados, esperamos que exista mayor información en el futuro y de mejor calidad para llevar a cabo este procedimiento con mayor seguridad y mejores resultados.

Referencias Bibliográficas

1. Michael R.B. Keighley, N. S. (2008). *Surgery of The Anus, Rectum & Colon* (Tercera Edición ed., Vol. I). London, UK: Saunders ELSEVIER.
2. Pomi, J. (2015). La fístula perianal del Rey Sol. *Historia y Medicina + Cerca la revista de salud del Casmu*, 8-10.
3. J.C. Goligher, H. D. (1979). CIRUGIA DEL ANO, RECTO Y COLON. Barcelona (España): Salvat Editores.
4. Fco. Sérgio P. Regadas, S. M. (2007). *Distúrbios Funcionais do Assoalho Pélvico Atlas de Ultra-Sonografia Anorretal Bi e Tridimensional*. Rio de Janeiro: Revinter.
5. R. Fowler, J. (1957). Landmarks and Legends of The Anal Canal. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 27(1), 1-18.
6. A.G. Parks, P. G. (1976). A Classification of fistula-in-ano. *The British Journal of Surgery*, 63, 1-12.
7. I. Lindsey, M. M. (2002). The role of anal ultrasound in the management of anal fistulas. *Blackwell Science Ltd. Colorectal Disease*, 118-122. 23
8. Dr. Ricardo O'Farril Anzures, D. O. (2007). Ultrasonografía endoanal de 360° como herramienta diagnóstica en la clasificación preoperatoria de las fístulas perianales.



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

Medigraphic Cirujano General, 29(3), 197-201.

9. Yash Pal Sangwan, M. L. (1993). Is Simple Fistula-in-Ano Simple? *Division of Colon & Rectal*

Surgery, (págs. 885-889). Pennsylvania.

10. Roldós, D. A. (Enero de 2008). *Fístula anorrectal. Definición, clasificación, diagnóstico y*

tratamiento. Obtenido de bvs.sld.cu:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol47_1_08/cir19108.htm

11. Jon D. vogel, M. D. (2016). Clinica Practice Guideline for the Managment of Anorectal

Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*, 56, 1117-1133.

12. Arun Rojanasakul MD, J. P. (2007). Total Anal Sphincter Saving Technique for Fistula-in-

Ano; The Ligation of Intersphincteric Fistula Tract. *J Med Assoc Thai*, 90(3), 581-586.

13. Joshua I. S. Bleier, M. H. (2010). Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract:An Effective

New Technique for Complex Fistulas. *Dis Colon Rectum 2010* , 43-46.

14. Sileri P, F. L. (2011). Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula:

early results from a prospective observational study. *Techniques in Coloproctology*, 413-

416.

15. Ariane M. Abcarian, M. J. (2012). Ligation of Intersphincteric Fistula Tract: Early Results of a

Pilot Study. *Dis Colon REctum*, 55, 778-782.

16. Ulrik G. Wallin, M. P. (2012). Does Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract Raise the

Bar in Fistula Surgery? *DISEASES OF THE COLON & RECTUM*, 55, 1173-1778.

17. Siripong Sirikurmpiboon, B. A. (2013). Ligation of intersphincterc fistula tract and its

modification: Results from treatment of complex fistula. *World Journal of Gastrointestinal*

Surgery, 123-128.

18. Sergio Danilo Tomiyoshi, C. H. (2014). Effectiveness of the ligation of intersphincteric fistula

tract (LIFT) in the treatment of anal fistula: Initial Results. *ABCD Arq BRas Cir Dig*, 101-103.

19. Wendy Y. Liu, M. A. (2013). Long Term Results of Ligation of Intersphincteric Fistula Tract

(LIFT) fos Fistula-in-Ano. *Diseases of The Colon & Rectum*, 56, 343-347.



Archivos de Coloproctología, 2020; 3(1):2-32

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.202014348

20. Tanweerul Huda (MBSS), M. A. (2013). Lift Technique for fistula in ANO with redifined criteria- A Step Towards Better Outcome. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 11, 61-63.
21. Caroline Sauter Dalbem, S. D. (2014). Assessment of LIFT (ligation of the intersphincteric fistula tract) technique in patients with perianal transsphincteric fistulas. *Journal of Coloproctology*, 250-253.
22. Michal Romaniszyn, P. J. (2014). Efficacy of LIFT (ligation of intersphincteric fistulas tract) for complex and recurrent fistulas -a single - center experience and a review of the Literature. *Prseglad Chirurgiczny*, 86, 532-536.
23. Wael Barakaat Ahmed Momamed MD, A. E. (2016). Ligation of Intersphincteric fistula tract for complex anorectal fistulas with initial promising results. *The Egyptian Journal of Surgery*, 35, 177-180.
24. Younes, H. E. (2017). Ligation of the intersphincteric fistula tract technique in the treatment of anal fistula. *International Surgery Journal*, 1536-1540.
25. Tang, Y. X. (2017). Ligation of Intersphincteric Fistula Tract Is Suitable for Recurrent Anal Fistulas from Follow-Up of 16 Months. *BioMed Research International*, 1-4.
26. Mohammedy M El-Said, A. S. (2018). Ligation of intersphincteric fistula tract for high transsphincteric fistula-in-ano: our experience. *The Egyptian Journal of Surgery*, 37, 237-243.
27. Songphol Malakor, M. T. (2017). Ligation of Intersphincteric Tract for Fistula in Ano: Lessons Learned From a Decade of Experience. *Diseases of The Colon & Rectum*, 60.
28. Ker-Kan Tan, F. (2011). The Anatomy of Failures Following the Ligation of Intersphincteric Tract Technique for Anal Fistula: A Review of 93 Patients Over 4 Years. *Dis Colon Rectum*, 1368-1372.
29. Anne-Marie E. Sirany, M. . (2015). The Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract Procedure for Anal Fistula: A Mixed Bag of Results. *Dis Colon Rectum*, 604-611.
30. D. Matos, P. J. (1993). Total sphincter conservation in high fistula in ano: results of a new approach. *Br. J. Surg.*, 80, 802-804.