



# QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?

## Patología benigna anal

**Dr. Justino Zeballos**  
**Coord. Dr. Daniel Varela**

# ERROR

- *Errare humanum est* (errar es humano) ....

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# ERROR

- *Errare humanum est* (errar es humano) ....
- Está implícito en la naturaleza humana el equivocarse

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# ERROR

- *Errare humanum est* (errar es humano) ....
- Está implícito en la naturaleza humana el equivocarse

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# ERROR

- *Errare humanum est* (errar es humano) ....
- Está implícito en la naturaleza humana el equivocarse
- ...*sed perseverare diabolicum* (pero perseverar (en el error) es diabólico)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# ERROR

- ***Errare humanum est*** (errar es humano) ....
- Está implícito en la naturaleza humana el equivocarse
- ***...sed perseverare diabolicum*** (pero perseverar (en el error) es diabólico)



Séneca el Joven (4 a.c – 65 d.c)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

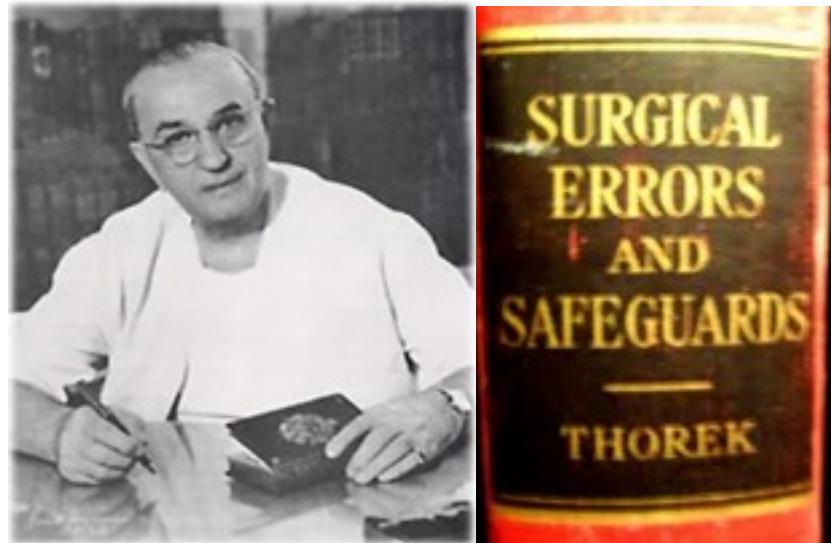
# ERROR

“El primer gran error en la cirugía es la **operación innecesaria** y el siguiente es la realización de un procedimiento quirúrgico mayor por un cirujano no adecuadamente entrenado para realizarlo”. Thorek M. (1937)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# ERROR

“El primer gran error en la cirugía es la **operación innecesaria** y el siguiente es la realización de un procedimiento quirúrgico mayor por un cirujano no adecuadamente entrenado para realizarlo”. Thorek M. (1937)



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- En 1814 Thomas Copeland reporto 3 casos operados
  - 1 murió de sepsis pélvica
  - 1 recidivó
  - 1 evolucionó bien
- Frederick Salmon describió en 1830 la técnica “abierta” que con pequeñas modificaciones se sigue usando actualmente, popularizada luego por MILLIGAN Y MORGAN (UK, 1937).
- Ha resistido el paso del tiempo....Contra sus resultados deben compararse las nuevas técnicas

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- En 1814 Thomas Copeland reporto 3 casos operados
  - 1 murió de sepsis pélvica
  - 1 recidivó
  - 1 evolucionó bien

Int J Colorectal Dis (2002) 17:50–53  
DOI 10.1007/s003840100342

ORIGINAL ARTICLE

T. Pavlidis  
B. Papaziogas  
A. Souparis  
A. Patsas  
I. Koutelidakis  
T. Papaziogas

**Modern stapled Longo procedure  
vs. conventional Milligan-Morgan  
hemorrhoidectomy: a randomized  
controlled trial**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **INDICACIONES**

- Las hemorroides constituyen una patología de altísima frecuencia pero solo del **3 al 10 %** de los pacientes son operados.
- Refratariedad al tratamiento habitual
- Hemorroides sintomáticas grado 3-4 que no mejoran con procedimientos de consultorio
- Gran componente externo
- Enfermedad asociada (fisura, fístula, papilas)



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **CUALES NO OPERAR**
- Asintomáticas
- Fluxión hemorroidaria aguda (NI DRENAR!)
- Mayores de 70 años



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **PRINCIPIOS TÉCNICOS COMUNES**
- Asepsia local y ATB profiláctico
- Resecar tejido patológico
- Preservar mucosa sana
- Preservar “ puentes cutáneo mucosos”
- Dejar mínimo lecho cruento
- Hemostasia cuidadosa
- Evitar lesionar esfínter interno, incluso por dilatación exagerada
- Ligaduras altas del pedículo a diferente altura para cada paquete



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **ERRORES**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **ERRORES**
- De planificación

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **ERRORES**
- De planificación
- En ligadura del pedículo

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **ERRORES**
- De planificación
- En ligadura del pedículo
- Resección del paquete hemorroidario

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **ERRORES**
- **De planificación**
  - Resección excesiva: **estenosis** anal
  - Resección económica: **recidiva** sintomática

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **ERRORES**
- **De planificación**
  - Resección excesiva: **estenosis** anal
  - Resección económica: **recidiva** sintomática



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **ERRORES**
- **De planificación**
  - Resección excesiva: **estenosis** anal
  - Resección económica: **recidiva** sintomática
- **En ligadura del pedículo**
  - **Sangrado/hematoma** (menos del 1%)
  - Complicación importante
  - Examinar la ligadura antes del cierre (prevenir: plicatura que abarque mucosa y submucosa)
  - Sangrado de magnitud requiere re-exploración y ligadura
  - **Estenosis.** Consecuencia de la ligadura baja del pedículo

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

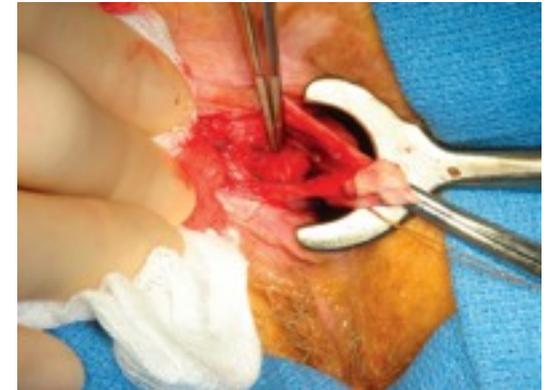
# Hemorroides

- **ERRORES**
- **De planificación**
  - Resección excesiva: **estenosis** anal
  - Resección económica: **recidiva** sintomática
- **En ligadura del pedículo**
  - **Sangrado/hematoma** (menos del 1%)
  - Complicación importante
  - Examinar la ligadura antes del cierre (prevenir: plicatura que abarque mucosa y submucosa)
  - Sangrado de magnitud requiere re-exploración y ligadura
  - **Estenosis**. Consecuencia de la ligadura baja del pedículo
- **Resección del paquete hemorroidario**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

- **ERRORES**
- **De planificación**
  - Resección excesiva: **estenosis** anal
  - Resección económica: **recidiva** sintomática
- **En ligadura del pedículo**
  - **Sangrado/hematoma** (menos del 1%)
  - Complicación importante
  - Examinar la ligadura antes del cierre (prevenir: plicatura que abarque mucosa y submucosa)
  - Sangrado de magnitud requiere re-exploración y ligadura
  - **Estenosis**. Consecuencia de la ligadura baja del pedículo
- **Resección del paquete hemorroidario**
  - **Lesión esfinteriana** (visualización correcta)
  - **Estenosis anal** (2-4%). Respetar puentes mucosos
  - **Resección limitada**. Persistencia sintomática



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

## Estenosis anal post-hemorroidectomía. Anoplastia



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides

## Estenosis anal post-hemorroidectomía. Anoplastia



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

- **INDICACIONES**

- Fundamental para el éxito del procedimiento
- Hemorroides G 3-4, +/- prolapso mucoso
- Menor componente externo posible



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

- **ERRORES**



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

- **ERRORES**
- **Confección de la jareta**
  - **Escisión inadecuada**
    - Distancia irregular respecto a línea pectínea: **resección insuficiente**
    - Distancia muy amplia entre puntos: **resección insuficiente**
  - **Fístula rectovaginal**
  - Plicatura profunda de la jareta
  - **Dolor postoperatorio y estenosis**
  - Emplazamiento muy bajo de la jareta
  - Plicatura profunda de la jareta



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

- **ERRORES**
- **Confección de la jareta**
  - **Escisión inadecuada**
    - Distancia irregular respecto a línea pectínea: **resección insuficiente**
    - Distancia muy amplia entre puntos: **resección insuficiente**
  - **Fístula rectovaginal**
  - Plicatura profunda de la jareta
  - **Dolor postoperatorio y estenosis**
  - Emplazamiento muy bajo de la jareta
  - Plicatura profunda de la jareta



Puede requerir hemorroidectomía abierta convencional adicional

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

- **ERRORES**
- **Confección de la jareta**
  - **Escisión inadecuada**
  - Distancia irregular respecto a línea pectínea: **resección insuficiente**
  - Distancia muy amplia entre puntos: **resección insuficiente**
  - **Fístula rectovaginal**
  - Plicatura profunda de la jareta
  - **Dolor postoperatorio y estenosis**
  - Emplazamiento muy bajo de la jareta
  - Plicatura profunda de la jareta
- **Colocación del stapler**
  - Inadecuada tracción de la jareta: **resección insuficiente** (persistencia sintomática)
  - Verificar anillos de resección (resección completa). Controlar hemostasia (puntos hemostáticos si se advierte **sangrado** en I/O) y grapado al menos a 2 cm de la línea pectínea



Puede requerir hemorroidectomía abierta convencional adicional

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

- **ERRORES**

- **Confección de la jareta**

- **Escisión inadecuada**

- Distancia irregular respecto a línea pectínea: **resección insuficiente**

- Distancia muy amplia entre puntos: **resección insuficiente**

- **Fístula rectovaginal**

- Plicatura profunda de la jareta

- **Dolor postoperatorio y estenosis**

- Emplazamiento muy bajo de la jareta

- Plicatura profunda de la jareta

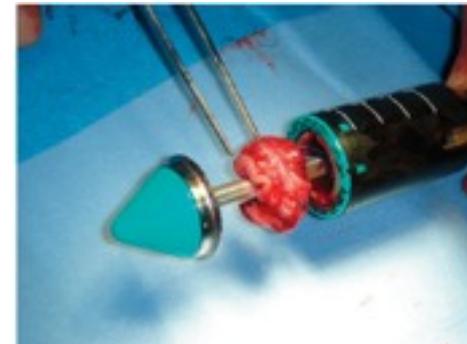
- **Colocación del stapler**

- Inadecuada tracción de la jareta: **resección insuficiente** (persistencia sintomática)

- Verificar anillos de resección (resección completa). Controlar hemostasia (puntos hemostáticos si se advierte **sangrado** en I/O) y grapado al menos a 2 cm de la línea pectínea



Puede requerir hemorroidectomía abierta convencional adicional



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

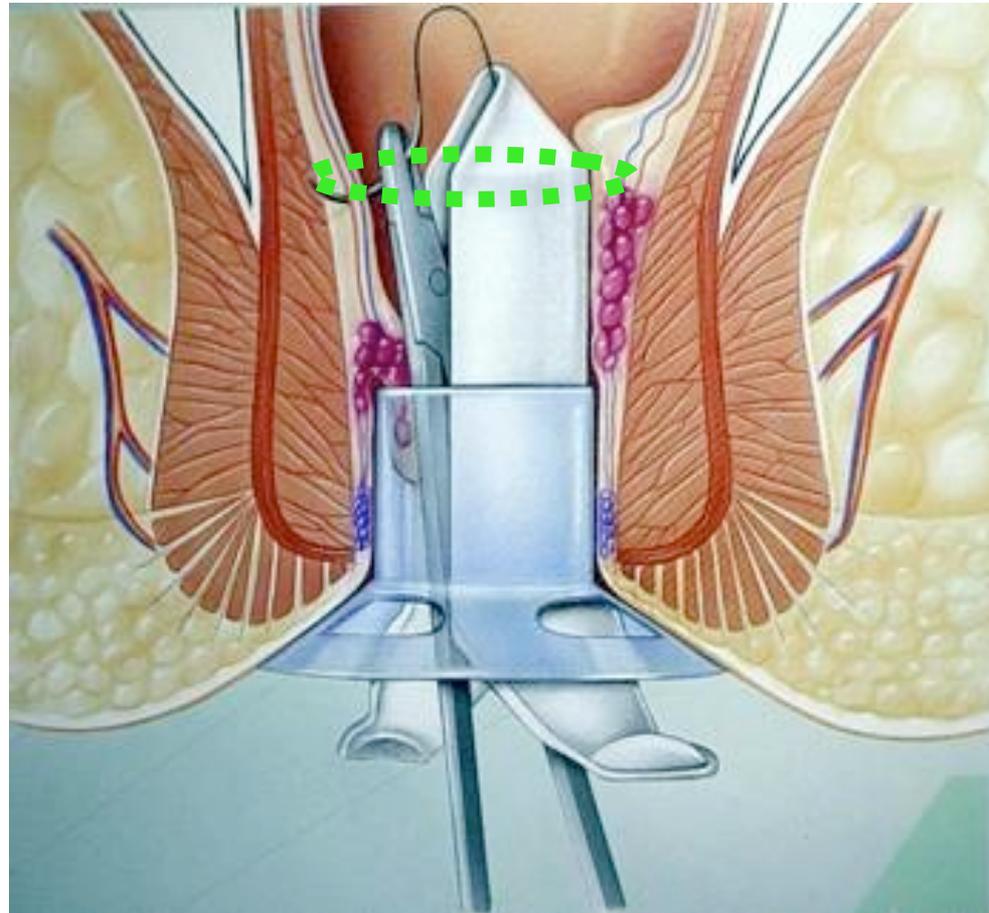
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

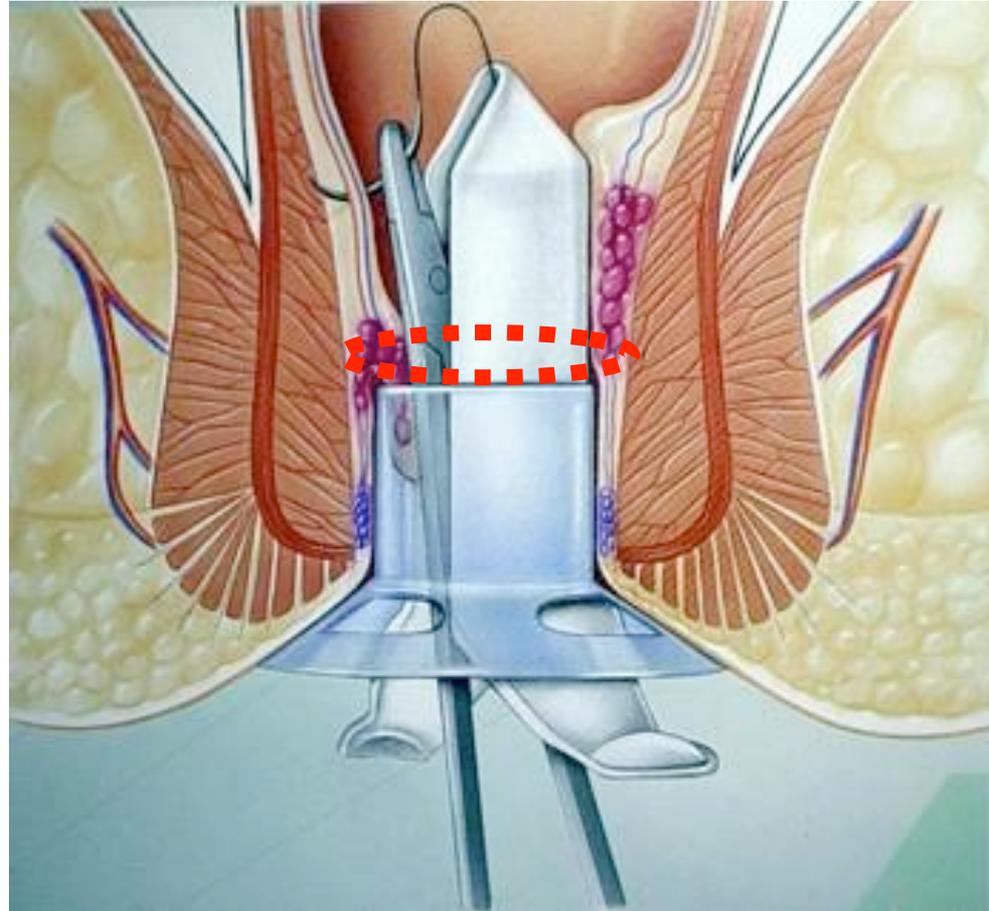
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

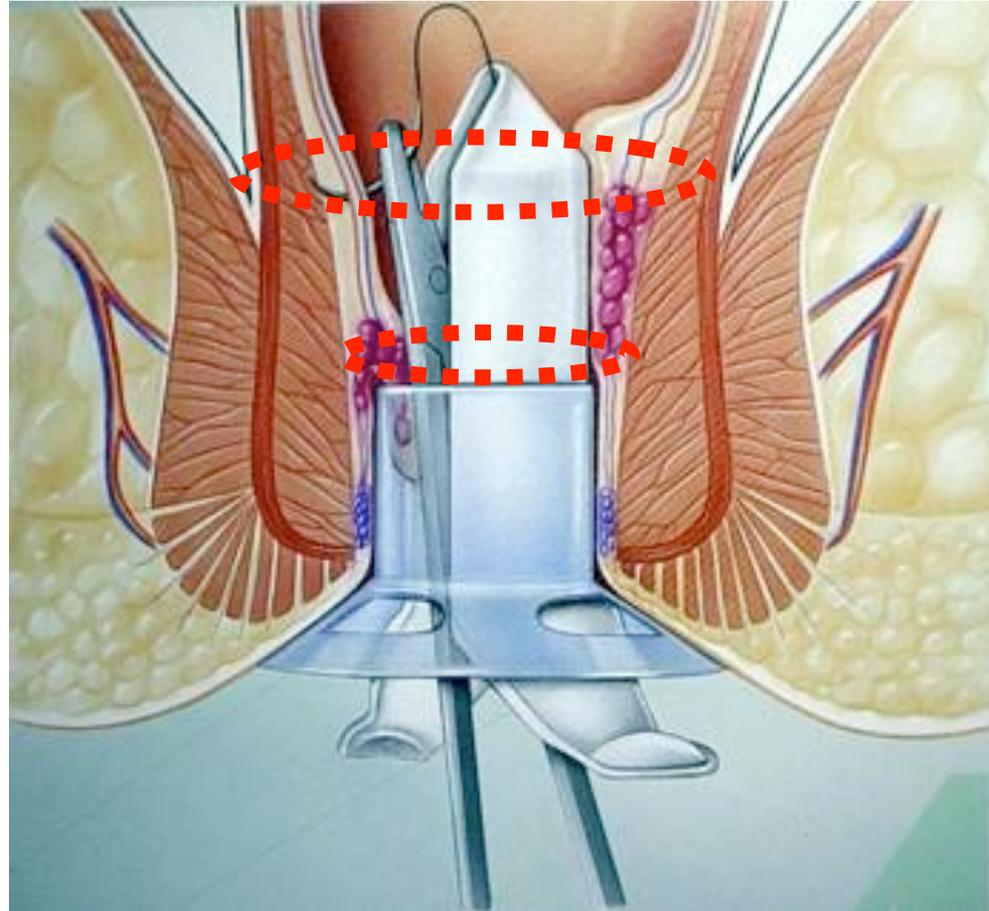
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

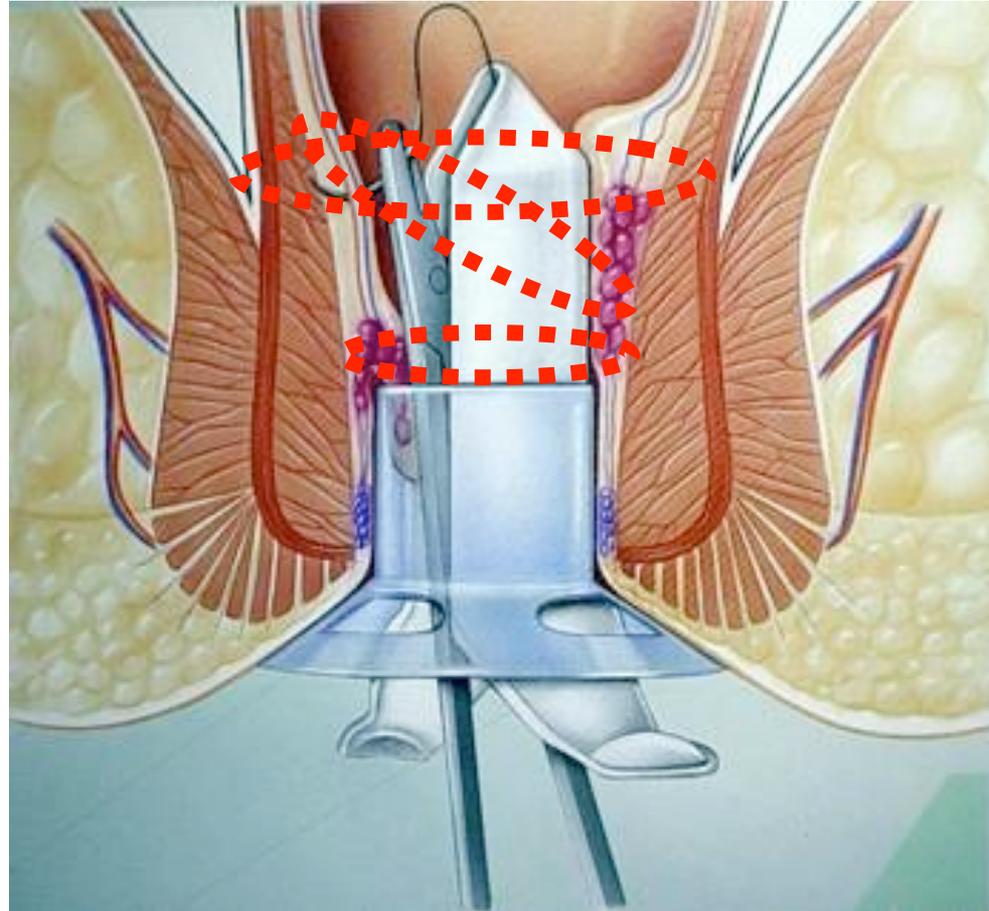
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

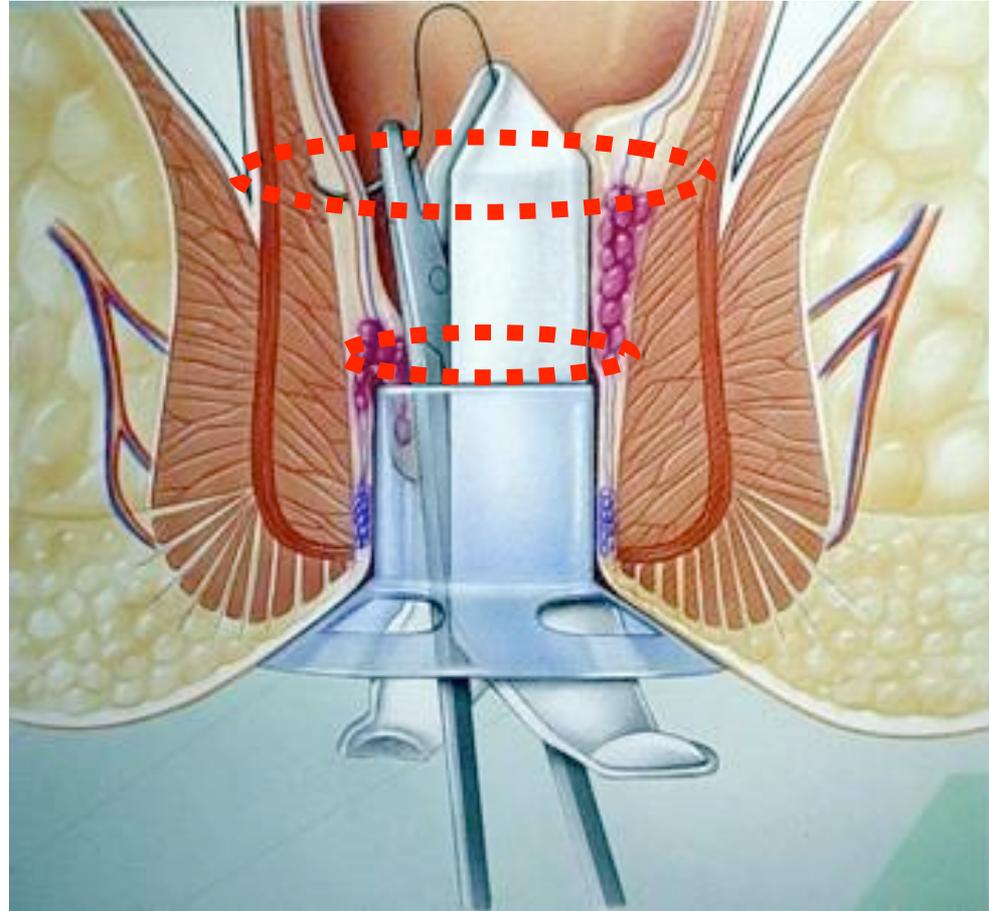
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

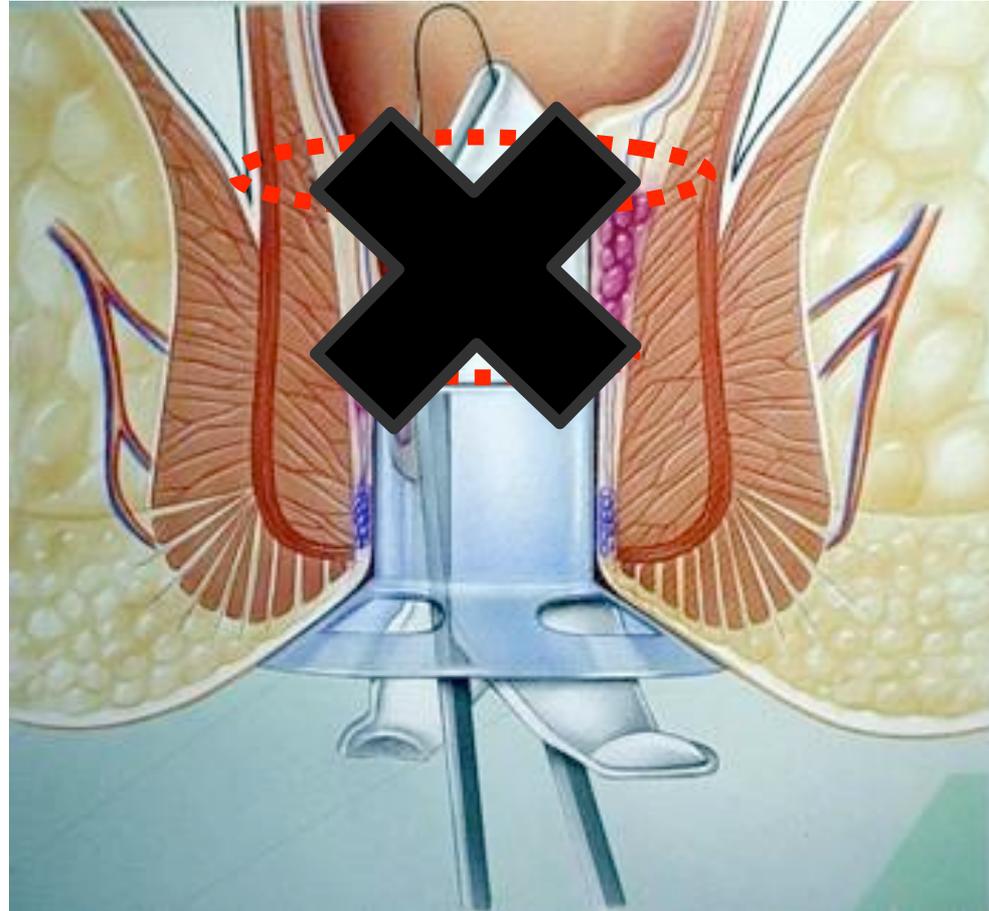
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

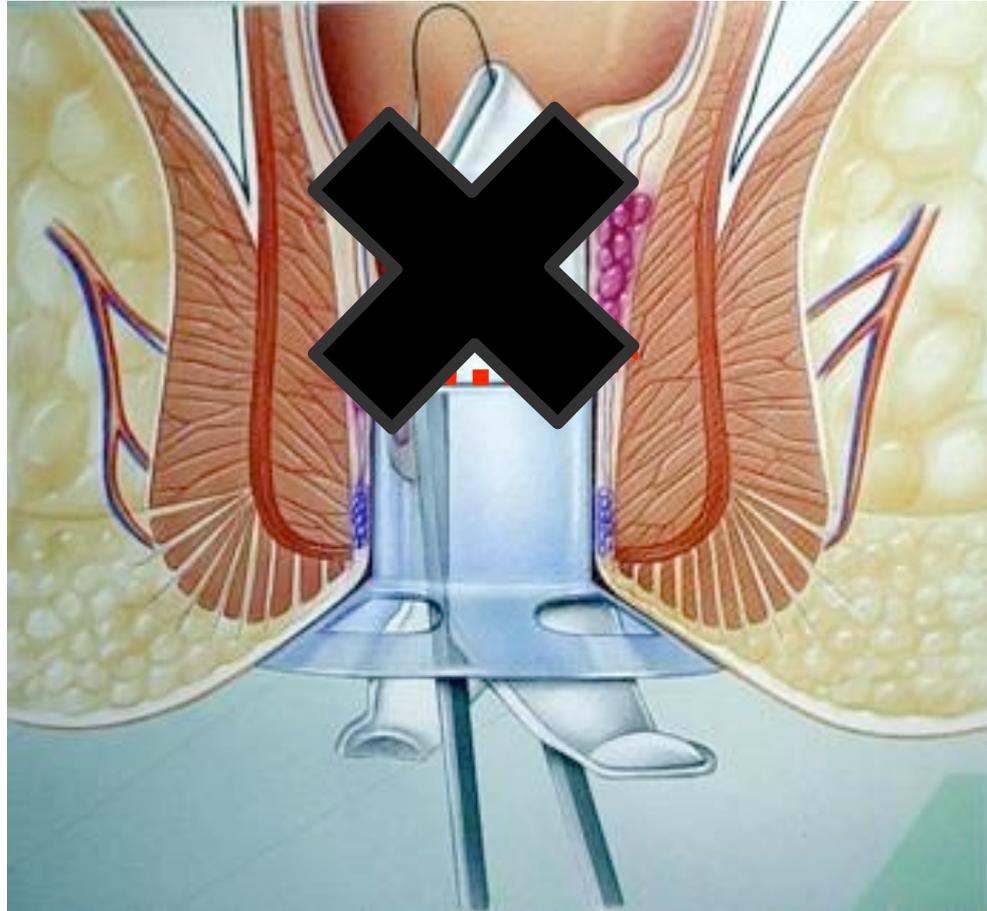
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

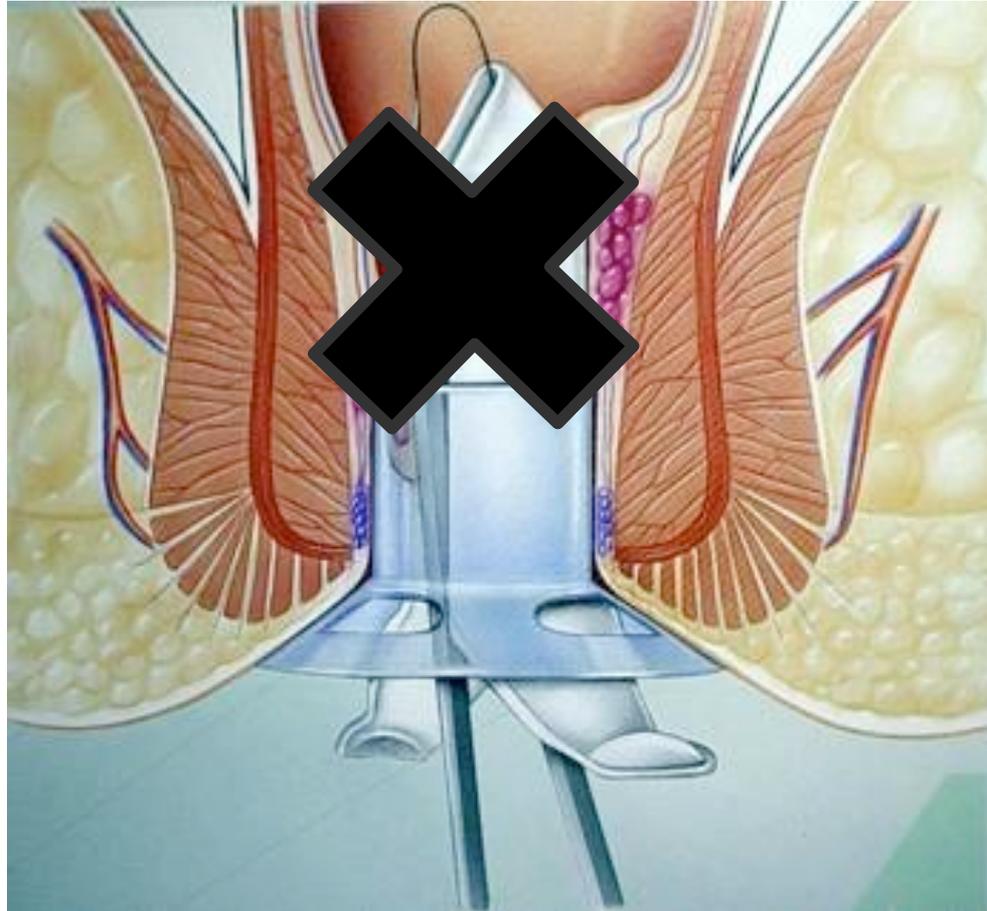
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

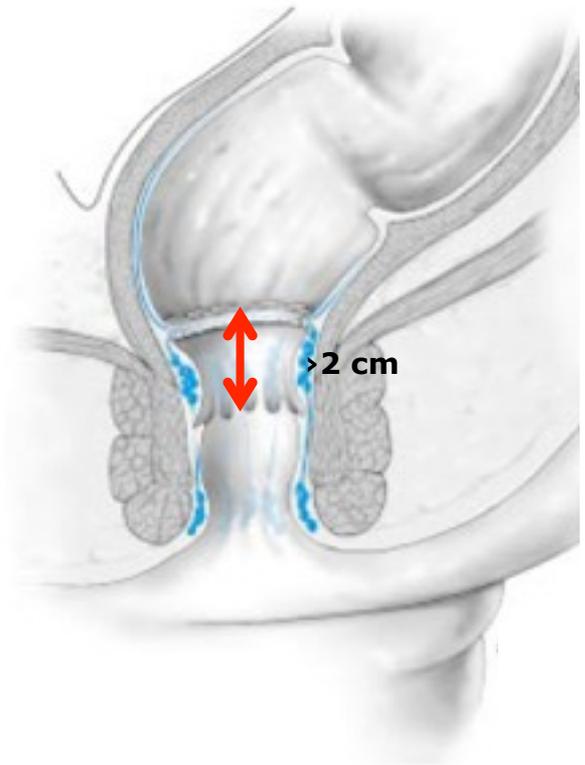
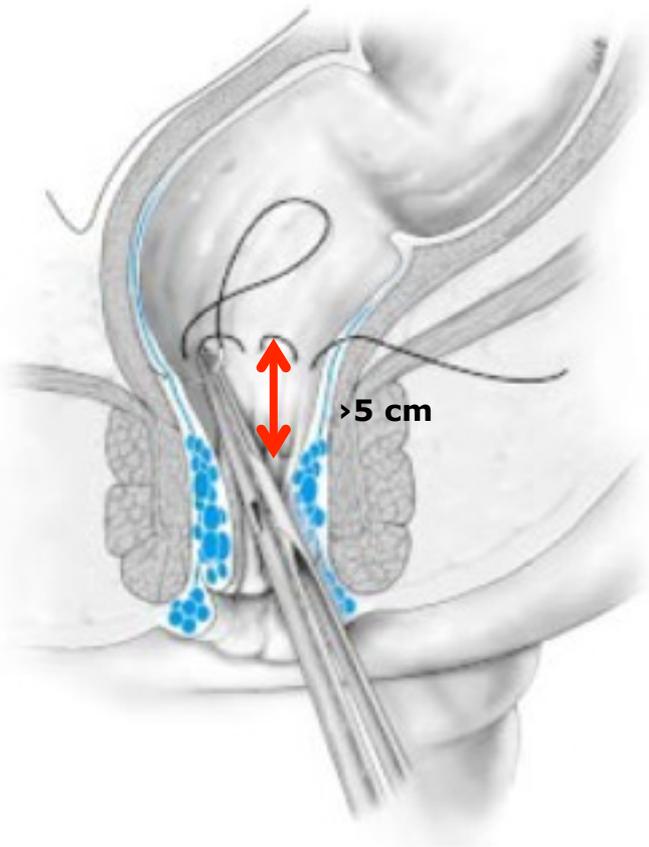
# Hemorroides. PPH



**Longo 1994**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH



Tomado de EMC. 40-26756

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

Surg Today (2007) 37:254–257  
DOI 10.1007/s00595-006-3363-x



## **Uncontrollable Intra-Abdominal Bleeding Necessitating Low Anterior Resection of the Rectum After Stapled Hemorrhoidopexy: Report of a Case**

KONSTANTINOS BLOUHOS<sup>1</sup>, KONSTANTINOS VASILADIS<sup>2</sup>, KONSTANTINOS TSALIS<sup>2</sup>, DIMITRIOS BOTSIOS<sup>2</sup>,  
and XENOS VRAKAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Second Surgical Department, General Hospital of Drama, Terma Hippokratous, 66100, Drama, Greece

<sup>2</sup>Fourth Surgical Department, Aristotle University of Thessaloniki, Exohi 570 10, Thessaloniki, Greece

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**



# Hemorroides. PPH

Surg Today (2007) 37:254–257  
DOI 10.1007/s00595-006-3363-x



Int J Colorectal Dis (2009) 24:1401–1405  
DOI 10.1007/s00384-009-0803-2

ORIGINAL ARTICLE

## Treatment of grade III and IV haemorrhoidal disease with PPH or THD. A randomized trial on postoperative complications and short-term results

Sebastiaan Festen • M. J. van Hoogstraten •  
A. A. W. van Geloven • M. F. Gerhards

12% de readmisiones por sangrado con PPH  
4-23% de recidiva del prolapso

QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?



# Hemorroides. PPH

Surg Today (2007) 37:254-257  
DOI 10.1007/s00595-006-3363-x



Int J Colorectal Dis (2009) 24:1401-1405  
DOI 10.1007/s00384-009-0803-2

ORIGINAL ARTICLE

Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - N° 6, Diciembre 2010; pág. 600-606

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Un  
Re  
Re

Treatment  
with PPH  
complicat

Kons  
and

<sup>1</sup>Seco  
<sup>2</sup>Four

Sebastiaan Feste  
A. A. W. van Ge

## Evaluación funcional y encuesta de satisfacción de los pacientes operados de hemorroides con técnica de PPH\*

Drs. CLAUDIO HEINE T.<sup>1</sup>, RODRIGO CÁPONA P.<sup>1</sup>, FRANCISCO LÓPEZ K.<sup>1</sup>,  
JORGE LARACH S.<sup>1</sup>, ANDRÉS LARACH K.<sup>1</sup>, UDO KRONBERG<sup>2</sup>,  
CRISTÓBAL SUAZO L.<sup>3</sup>, NICOLÁS MÁRQUEZ A.<sup>3</sup>, CLAUDIO WAINSTEIN G.<sup>1</sup>

14% de los pacientes calificó la operación como regular o mala

- <sup>1</sup> Unidad de Coloproctología, Clínica Las Condes.
- <sup>2</sup> Servicio de Cirugía Hospital Barros Luco, Sede Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- <sup>3</sup> Servicio de Cirugía Hospital San Borja Arriarán, Sede Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?



# Hemorroides. PPH

- **Control Postoperatorio**
  - TR (evita sinequias y dilata levemente)
  - Fecaloma

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Hemorroides. PPH

- **Control Postoperatorio**
  - TR (evita sinequias y dilata levemente)
  - Fecaloma



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**



# Absceso/Fístula anal



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Absceso/Fístula anal

- **INDICACIONES**
- Balance muy preciso entre los síntomas y la resolución quirúrgica que en oportunidades puede determinar consecuencias funcionales.
- No dudar en solicitud de estudios de imagen (Ecoendoanal, RNM) en casos de trayectos complejos, fístulas ciegas o recidivas.

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Absceso/Fístula anal

- **Principios técnicos**
- AG, asepsia, ATB terapéutico
- Evitar exploración y drenaje en puerta de emergencia
- Exploración anal bajo anestesia e identificar si es posible cripta patológica
- Emplazar correctamente la incisión (zona de máxima fluctuación, lo más próxima a la margen, preservar integridad esfínter)
- Incisiones radiales (evitar deformaciones anales)
- Correcto destechado de piel (losange)
- Evitar drenaje insuficiente (persistencia y/o agravación del proceso infeccioso)
  
- A pesar de una correcta técnica el 50% —» forma crónica

Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fi stula-in-ano following anorectal suppuration. Dis Colon Rectum 1984;27:126–130

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Absceso/Fístula anal

- **Principios técnicos**
- AG, asepsia, ATB terapéutico
- Evitar exploración y drenaje en puerta de emergencia
- Exploración anal bajo anestesia e identificar si es posible cripta patológica
- Emplazar correctamente la incisión (zona de máxima fluctuación, lo más próxima a la margen, preservar integridad esfínter)
- Incisiones radiales (evitar deformaciones anales)
- Correcto destechado de piel (losange)
- Evitar drenaje insuficiente (persistencia y/o agravación del proceso infeccioso)
- A pesar de una correcta técnica el 50% —» forma crónica

Vasilevsky CA, Gordon PH. The incidence of recurrent abscesses or fi stula-in-ano following anorectal suppuration. *Dis Colon Rectum* 1984;27:126–130



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **PRINCIPIOS TÉCNICOS COMUNES**
- Cuidadosa exploración bajo AG (no drenaje de abscesos primarios ni abscesos fistulosos en **EMERGENCIA**)
- Correcta posición
- Examen preciso e identificación del **OI** (1er punto crítico)
- Evaluar “compromiso” del esfínter en relación al **trayecto** fistuloso (2º punto crítico)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **PRINCIPIOS TÉCNICOS COMUNES**
- Cuidadosa exploración bajo AG (no drenaje de abscesos primarios ni abscesos fistulosos en **EMERGENCIA**)
- Correcta posición
- Examen preciso e identificación del **OI** (1er punto crítico)
- Evaluar “compromiso” del esfínter en relación al **trayecto** fistuloso (2º punto crítico)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **PRINCIPIOS TÉCNICOS COMUNES**
- Cuidadosa exploración bajo AG (no drenaje de abscesos primarios ni abscesos fistulosos en **EMERGENCIA**)
- Correcta posición
- Examen preciso e identificación del **OI** (1er punto crítico)
- Evaluar “compromiso” del esfínter en relación al **trayecto** fistuloso (2º punto crítico)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- **Exposición y planificación**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- Exposición y planificación
- Relación del trayecto fistuloso con el esfínter

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- Exposición y planificación
- Relación del trayecto fistuloso con el esfínter
- Fistulotomía

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- **Exposición y planificación**
- **Relación del trayecto fistuloso con el esfínter**
- **Fistulotomía**
- **Colocación de sedal**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- **Exposición y planificación**
  - Falla en identificar el OI. Fracaso de la cirugía, **persistencia** de la enfermedad
  - Si no se identifica el OI, destechado del trayecto externo. Probable re-exploración
  - Tener presente regla de Goodsall, utilización de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
- **Relación del trayecto fistuloso con el esfínter**
  - Identificado el trayecto, evaluar compromiso esfinteriano y porción a seccionar
  - Sección demasiado importante puede llevar a trastornos de la continencia (grados menores de incontinencia 30% y grados mayores en 10%), esfinteroplastia anal en un 2º tiempo.
  - Colocación de sedal si compromiso esfinteriano mayor
- **Fistulotomía**
  - Sección del trayecto una vez evaluada relación con esfínter, curetaje tej. de granulación
- **Colocación del sedal**
  - Flojo, material blando (siliconado, látex, no alergénico)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- **Exposición y planificación**
  - Falla en identificar el OI. Fracaso de la cirugía, **persistencia** de la enfermedad
  - Si no se identifica el OI, destechado del trayecto externo. Probable re-exploración
  - Tener presente regla de Goodsall, utilización de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
- **Relación del trayecto fistuloso con el esfínter**
  - Identificado el trayecto, evaluar compromiso esfinteriano y porción a seccionar
  - Sección demasiado importante puede llevar a trastornos de la continencia (grados menores de incontinencia 30% y grados mayores en 10%), esfinteroplastia anal en un 2º tiempo.
  - Colocación de sedal si compromiso esfinteriano mayor
- **Fistulotomía**
  - Sección del trayecto una vez evaluada relación con esfínter, curetaje tej. de granulación
- **Colocación del sedal**
  - Flojo, material blando (siliconado, látex, no alergénico)

García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. Anal fistula surgery —factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum 1996;39:723–729.

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- **Exposición y planificación**
  - Falla en identificar el OI. Fracaso de la cirugía, **persistencia** de la enfermedad
  - Si no se identifica el OI, destechado del trayecto externo. Probable re-exploración
  - Tener presente regla de Goodsall, utilización de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
- **Relación del trayecto fistuloso con el esfínter**
  - Identificado el trayecto, evaluar compromiso esfinteriano y porción a seccionar
  - Sección demasiado importante puede llevar a trastornos de la continencia (grados menores de incontinencia 30% y grados mayores en 10%), esfinteroplastia anal en un 2° tiempo.
  - Colocación de sedal si compromiso esfinteriano mayor

García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. Anal fistula surgery —factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum 1996;39:723–729.

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- **Exposición y planificación**
  - Falla en identificar el OI. Fracaso de la cirugía, **persistencia** de la enfermedad
  - Si no se identifica el OI, destechado del trayecto externo. Probable re-exploración
  - Tener presente regla de Goodsall, utilización de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
- **Relación del trayecto fistuloso con el esfínter**
  - Identificado el trayecto, evaluar compromiso esfinteriano y porción a seccionar
  - Sección demasiado importante puede llevar a trastornos de la continencia (grados menores de incontinencia 30% y grados mayores en 10%), esfinteroplastia anal en un 2º tiempo.
  - Colocación de sedal si compromiso esfinteriano mayor
- **Fistulotomía**
  - Sección del trayecto una vez evaluada relación con esfínter, curetaje tej. de granulación

García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. Anal fistula surgery —factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum 1996;39:723–729.

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

- **ERRORES**
- **Exposición y planificación**
  - Falla en identificar el OI. Fracaso de la cirugía, **persistencia** de la enfermedad
  - Si no se identifica el OI, destechado del trayecto externo. Probable re-exploración
  - Tener presente regla de Goodsall, utilización de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>
- **Relación del trayecto fistuloso con el esfínter**
  - Identificado el trayecto, evaluar compromiso esfinteriano y porción a seccionar
  - Sección demasiado importante puede llevar a trastornos de la continencia (grados menores de incontinencia 30% y grados mayores en 10%), esfinteroplastia anal en un 2º tiempo.
  - Colocación de sedal si compromiso esfinteriano mayor
- **Fistulotomía**
  - Sección del trayecto una vez evaluada relación con esfínter, curetaje tej. de granulación
- **Colocación del sedal**
  - Flojo, material blando (siliconado, látex, no alergénico)

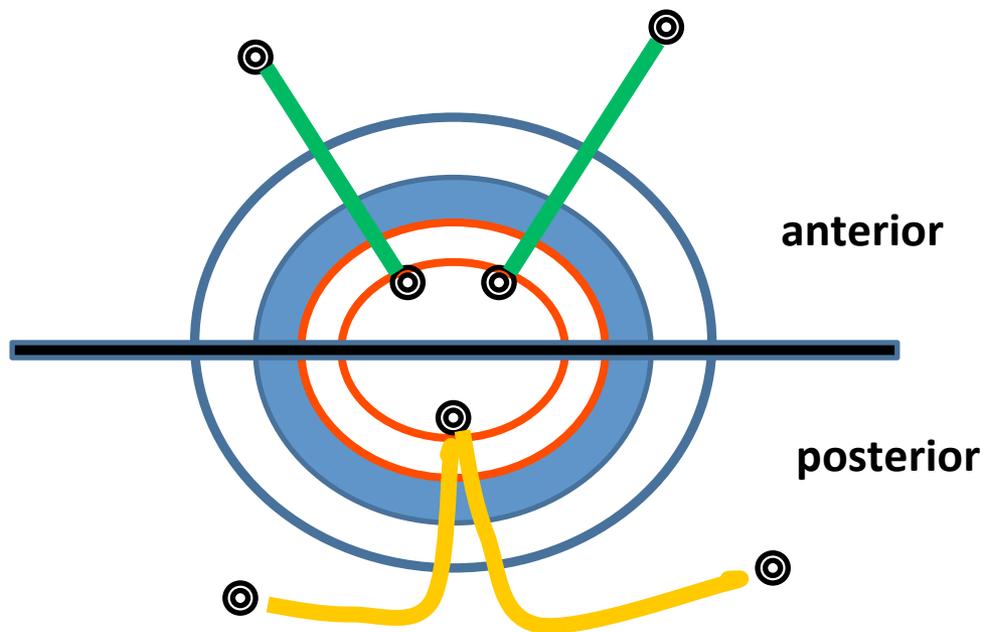
García-Aguilar J, Belmonte C, Wong WD, et al. Anal fistula surgery —factors associated with recurrence and incontinence. Dis Colon Rectum 1996;39:723–729.

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

## Regla de Goodsall

Los orificios externos y **anteriores** a la línea siguen un trayecto radial hacia la cripta afectada.



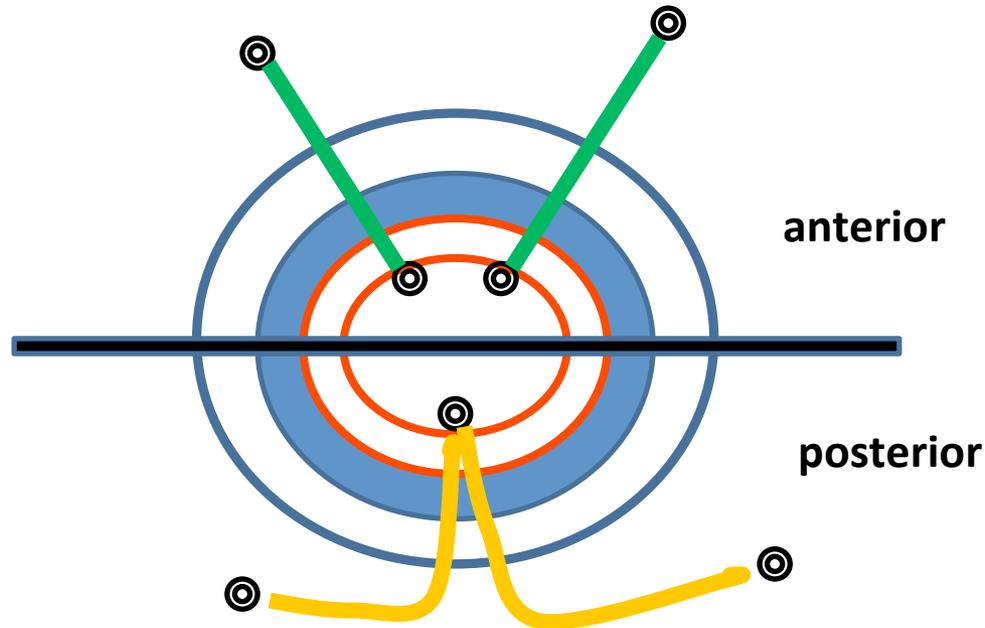
**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

## Regla de Goodsall

Los orificios externos y **anteriores** a la línea siguen un trayecto radial hacia la cripta afectada.

Los orificios externos **posteriores** a la línea, la fístula sigue una curva y penetra en el conducto anal a la altura de la línea media posterior



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

## Exposición y planificación



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

## Exposición y planificación



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

**Orificio fistuloso externo (OE)**



**Orificio fistuloso interno (OI)**



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

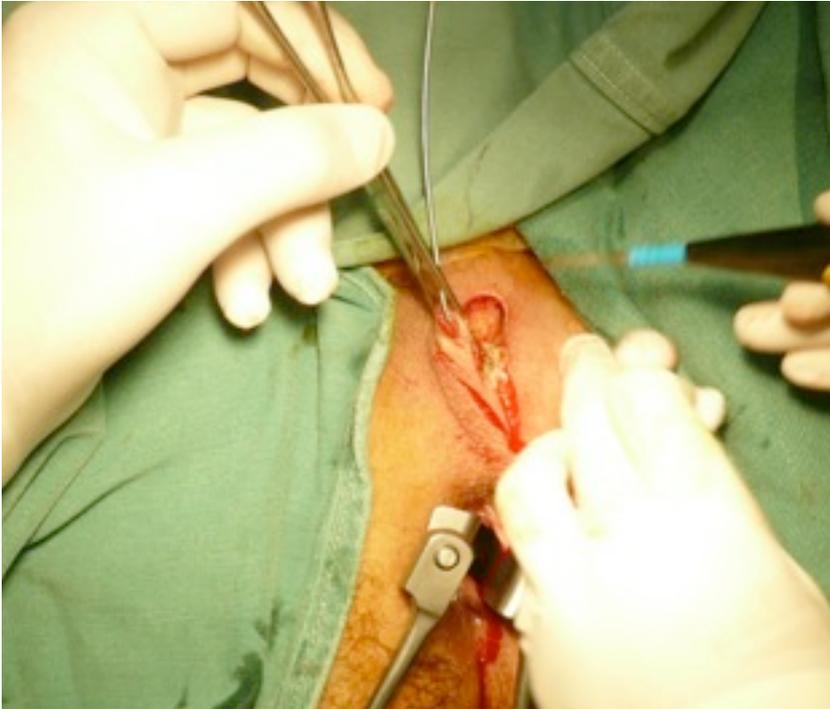
**Identificación del trayecto, compromiso esfinteriano y fistulotomía**



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

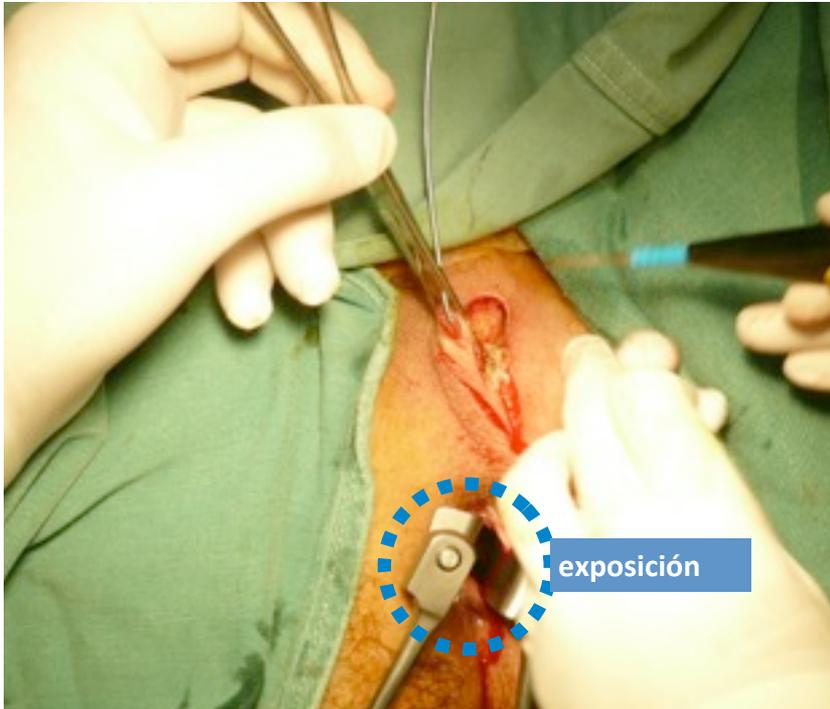
**Identificación del trayecto, compromiso esfinteriano, fistulectomía parcial y sedal**



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

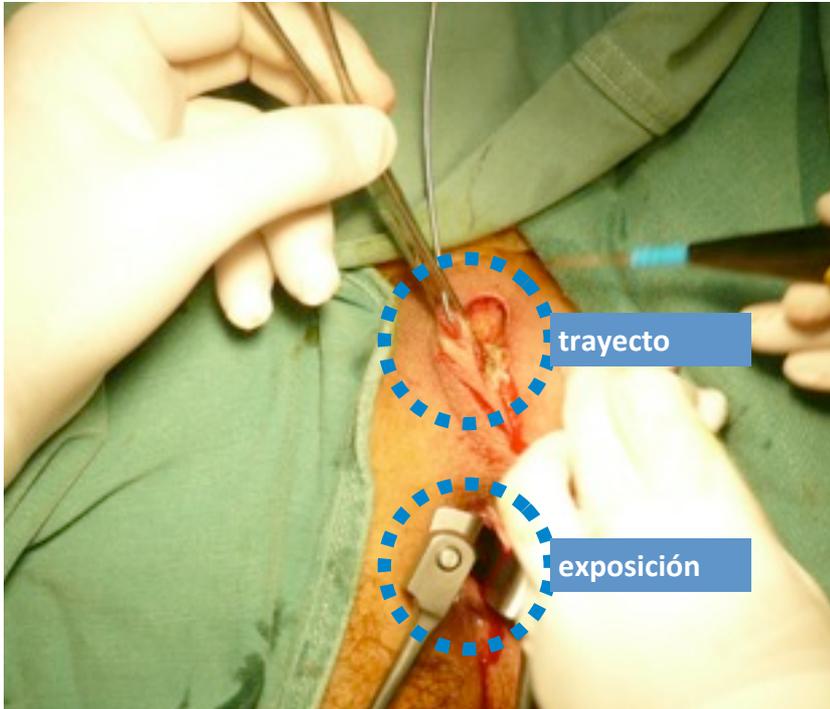
Identificación del trayecto, compromiso esfinteriano, fistulectomía parcial y sedal



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

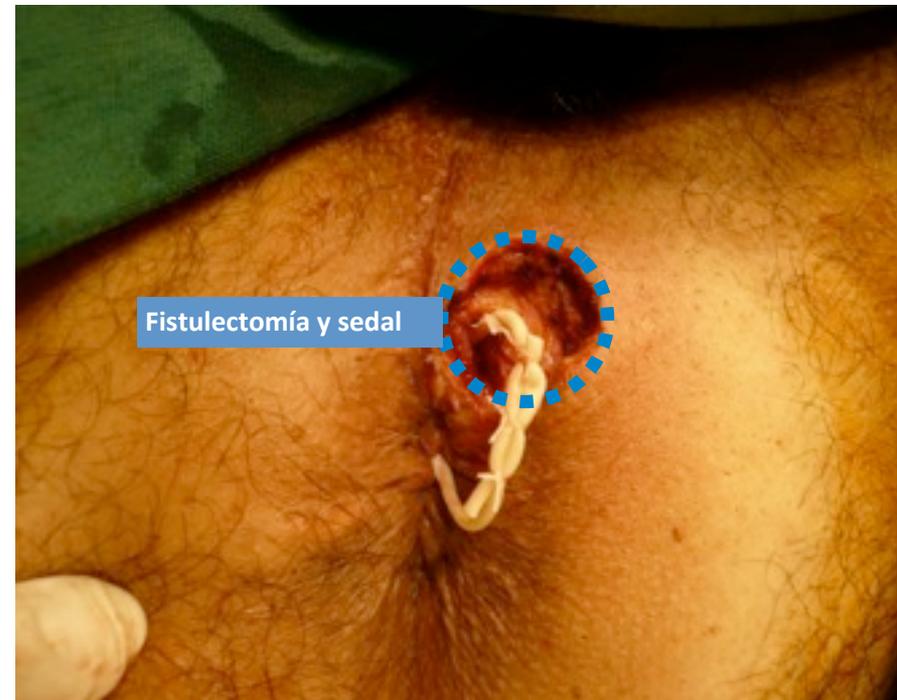
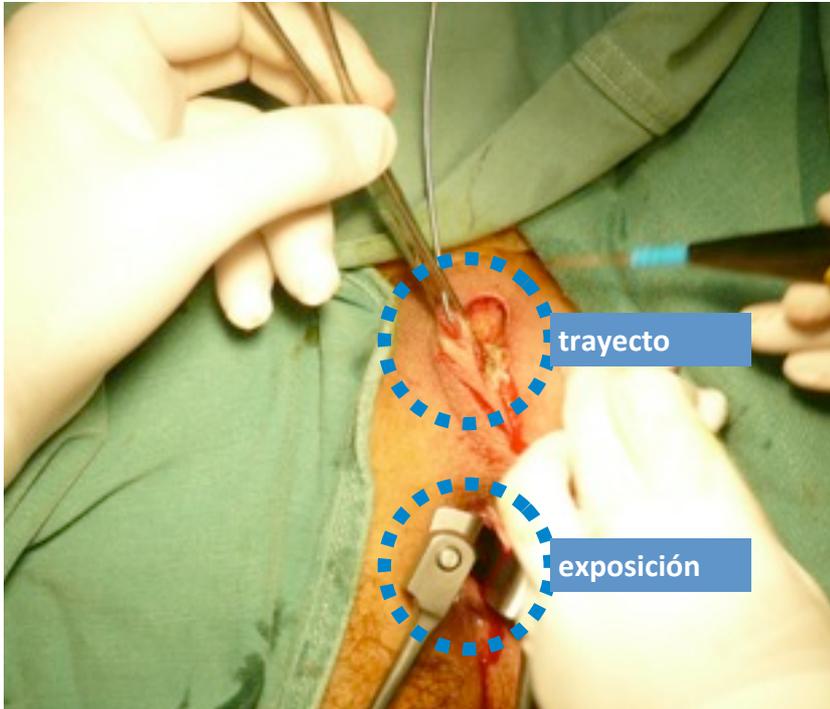
Identificación del trayecto, compromiso esfinteriano, fistulectomía parcial y sedal



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fístula anal

Identificación del trayecto, compromiso esfinteriano, fistulectomía parcial y sedal



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**



# Fisura anal

- **INDICACIONES**
- Ser preciso en la indicación
- Fisuras crónicas, fracaso tratamiento médico, recidivas, importante complejo secundario, dolor intenso
- **MUY** cuidadosos en pacientes mayores (s/t mujeres)
- **PRECAUCIONES** en topografía no habitual
  - RSC
  - VDRL, HIV
  - BIOPSIA?
- **CONTRAINDICADA LA DILATACIÓN**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **INDICACIONES**
- Ser preciso en la indicación
- Fisuras crónicas, fracaso tratamiento médico, recidivas, importante complejo secundario, dolor intenso
- **MUY** cuidadosos en pacientes mayores (s/t mujeres)
- **PRECAUCIONES** en topografía no habitual
  - RSC
  - VDRL, HIV
  - BIOPSIA?
- **CONTRAINDICADA LA DILATACIÓN**



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **INDICACIONES**
- Ser preciso en la indicación
- Fisuras crónicas, fracaso tratamiento médico, recidivas, importante complejo secundario, dolor intenso
- **MUY** cuidadosos en pacientes mayores (s/t mujeres)
- **PRECAUCIONES** en topografía no habitual
  - RSC
  - VDRL, HIV
  - BIOPSIA?
- **CONTRAINDICADA LA DILATACIÓN**



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **INDICACIONES**
- Ser preciso en la indicación
- Fisuras crónicas, fracaso tratamiento médico, recidivas, importante complejo secundario, dolor intenso
- **MUY** cuidadosos en pacientes mayores (s/t mujeres)
- **PRECAUCIONES** en topografía no habitual
  - RSC
  - VDRL, HIV
  - BIOPSIA?
- **CONTRAINDICADA LA DILATACIÓN**



Tasas de incontinencia gases 0-39%, materias hasta 16%.  
Nelson RL. Operative procedures for fissure in ano. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **PRINCIPIOS TÉCNICOS COMUNES**
- Asepsia local y ATB profiláctico
- Correcta exploración bajo anestesia
- Descartar diagnósticos diferenciales
- Evaluar procedimiento (ELI +/- fisurectomía)
- Exploración y dilatación cuidadosa
- Tomar conciencia que NO es un procedimiento “menor”

Tasa no despreciable de algún grado de incontinencia (37,8%) Revisiones en la técnica.

**García-Aguilar J**, Belmonte C, Wong WD et al. Open vs closed sphincterectomy for chronic anal fissure: long term results. Dis Colon Rectum 1996; 39: 440-3

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **ERRORES**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **ERRORES**
- Fundamentalmente en la calibración de la esfinterotomía

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **ERRORES**
- Fundamentalmente en la calibración de la esfinterotomía
- En **MÁS** (diferentes grados de incontinencia)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **ERRORES**
- Fundamentalmente en la calibración de la esfinterotomía
- En **MÁS** (diferentes grados de incontinencia)
- En **MENOS** (recidiva y eventual nueva ELI contralateral)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **ERRORES**
- Fundamentalmente en la calibración de la esfinterotomía
- En **MÁS** (diferentes grados de incontinencia)
- En **MENOS** (recidiva y eventual nueva ELI contralateral)
- Evitar cierre cutáneo (prevenir absceso post-operatorio)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- **ERRORES**
- Fundamentalmente en la calibración de la esfinterotomía
- En **MÁS** (diferentes grados de incontinencia)
- En **MENOS** (recidiva y eventual nueva ELI contralateral)
- Evitar cierre cutáneo (prevenir absceso post-operatorio)
- Control hemostasis (hematoma = absceso)

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- 1951- Eisenhammer: 4/5 del EAI
- 1959- Eisenhammer: Línea pectínea
- 1997- Littlejohn-Newstead: “Tailored” lateral sphincterotomy
  
- Nueva- **Controlled lateral sphincterotomy** (calibrador anal con escala de 1mm)
  - 1-sección aproximada a la fisura
  - 2-si persiste estenosis, hasta línea pectínea
  - 3-esfinterotomía bilateral

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- 1951- Eisenhammer: 4/5 del EAI
- 1959- Eisenhammer: Línea pectínea
- 1997- Littlejohn-Newstead: “Tailored” lateral sphincterotomy



- Nueva- **Controlled lateral sphincterotomy** (calibrador anal con escala de 1mm)
  - 1-sección aproximada a la fisura
  - 2-si persiste estenosis, hasta línea pectínea
  - 3-esfinterotomía bilateral

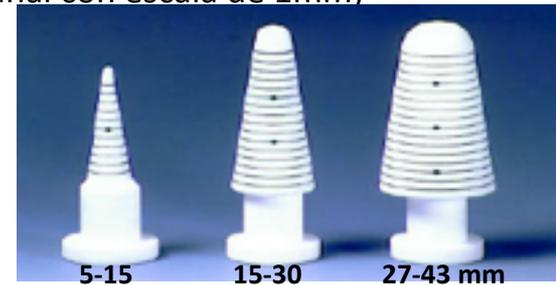
**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- 1951- Eisenhammer: 4/5 del EAI
- 1959- Eisenhammer: Línea pectínea
- 1997- Littlejohn-Newstead: “Tailored” lateral sphincterotomy



- Nueva- **Controlled lateral sphincterotomy** (calibrador anal con escala de 1mm)
  - 1-sección aproximada a la fisura
  - 2-si persiste estenosis, hasta línea pectínea
  - 3-esfinterotomía bilateral



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

# Fisura anal

- Sección limitada al 1/3 o 1/2 del EAI (importa experiencia del cirujano)
- Disminución de la presión del 25-50%
- **Tasa de éxitos superiores al 90 %**

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**



**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**



QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?



**GARDEL  
ES NUESTRO**

No pasa Nara

**QUE ES LO QUE NO DEBE HACERSE EN CIRUGÍA?**

