

# **VÍDEOS: LIGADURA INTERESFINTERIANA DEL TRAYECTO FISTULOSO (LIFT): NUESTRA TÉCNICA DE ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FÍSTULAS TRANSESFINTERIANAS ANTERIORES.**

**(LIGATION OF INTERSPHINCTERIC FISTULA TRACT PROCEDURE AS SURGICAL TREATMENT OF ANTERIOR TRANSPHINCTERIC FISTULA-IN-ANO)**

Lidia Cristóbal, Sonia Castanedo, Isabel Seco, Marcos Gómez, José Ignacio Martín, Joaquín Alonso, Manuel Gómez, Julio Del Castillo.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

Correspondencia: para contactar con el autor accionar [aquí](#) (Lidia Cristóbal).

## **ABSTRACT:**

**Introducción:** El absceso y la fístula perianal son la manifestación aguda y crónica del mismo proceso. El tratamiento de las fístulas perianales es quirúrgico y dependerá en gran medida de la localización de la fístula, del sexo del paciente, de las cirugías perianales previas, las características del trayecto, los antecedentes o riesgo de incontinencia anal y la existencia de patologías asociadas como la enfermedad inflamatoria intestinal. Se basa en corregir la fístula preservando la continencia, existiendo en la actualidad, numerosas técnicas quirúrgicas.

**Técnica quirúrgica:** Tras su disección en el espacio interesfinteriano y el aislamiento del trayecto fistuloso, se realiza ligadura de transfixión doble con sutura de PDS 3/0. Adicionalmente, se lleva a cabo el curetaje del orificio fistuloso externo.

**Discusión:** Existen numerosas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las fístulas perianales complejas, abarcando desde curetaje y tutorización, flaps de avance, plugs, sellantes y la ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso (LIFT). No existe evidencia en la actualidad, que nos permita determinar la técnica de elección en cada caso, basándose en gran medida en la experiencia previa del equipo quirúrgico.

En los estudios existentes, se describen diferentes tasas de recidiva y curación, tasas de incontinencia y resultados a largo plazo, por lo que no existe la técnica ideal aplicable en todos los casos.

**Conclusiones:** La ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso (LIFT) es una técnica reproducible, con buenos resultados; debiendo considerarse como parte del arsenal terapéutico en el tratamiento de las fístulas perianales complejas.

**Palabras clave:** Fístula perianal, ligadura interesfinteriana, LIFT, fístula anterior.

## **PRESENTACIÓN Y COMENTARIOS DEL VÍDEO:**

### **Introducción:**

Sigue habiendo controversias respecto al manejo de las fístulas perianales complejas, incluso respecto al empleo de técnicas novedosas teóricamente sencillas<sup>1</sup>. La clasificación de Parks<sup>2</sup> sigue siendo la más utilizada actualmente para clasificar las fístulas perianales. Siguiendo ésta, las fístulas complejas incluyen fístulas transesfinterianas altas, supraesfinteriana, extraesfinteriana, anteriores en mujeres, las fístulas con múltiples trayectos, coexistencia con enfermedad inflamatoria intestinal, pacientes con incontinencia previa y recidivadas. El

tratamiento de esta patología es complejo, abarcando desde curetaje y tutorización, flaps de avance, plugs, sellantes y la técnica LIFT (ligadura del trayecto o tracto interesfintérico).

La ligadura del trayecto interesfintérico (LIFT), una idea propuesta por *Matos D<sup>3</sup>* en 1993 para conservar el esfínter, fue modificada por *Rojanasakul et al<sup>4</sup>* en 2007. Los principales estudios respecto a la eficacia de esta técnica como el de *Rojanasakul et al<sup>4</sup>* del 2007, el de *Shanwani et al<sup>5</sup>* del 2010, el de *Bleier et al<sup>6</sup>* del 2010, el estudio de *Aboulian et al<sup>7</sup>* del 2011 y el de *Ooi et al<sup>8</sup>* de ese mismo año, describen unos índices de persistencia y recurrencia entre el 5-43%.

### **Material y métodos:**

Se realiza un estudio retrospectivo incluyendo todas las fístulas tratadas mediante LIFT en nuestro centro. La indicación principal fue en fístulas transesfinterianas anteriores media y alta. Como datos técnicos, la colocación previa de setón de drenaje no fue considerada imprescindible para realizar la técnica.

Así se realizó un estudio en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla incluyendo a todos los pacientes con fístula perianal compleja intervenidos en nuestro centro mediante LIFT en régimen de cirugía de hospital de día, con preparación simple de recto con enemas y una única dosis de profilaxis antibiótica. Esta técnica se empezó a utilizar en nuestro centro en el 2013; para este estudio se incluyeron todos los pacientes intervenidos desde Abril del 2013 a Diciembre del 2016, una vez superada la curva de aprendizaje. Se seleccionó como técnica de elección para las fístulas transesfinterianas anteriores tanto medias como altas, y se incluyeron los pacientes con ese diagnóstico. De los 31 pacientes incluidos, 11 pacientes habían sido intervenidos previamente mediante técnicas con intención

curativa (7 fistulectomías, 4 inyecciones de matriz de colágena). Se consideró como criterio de curación al cierre del orificio fistuloso externo y la ausencia de supuración evidenciada por un especialista en el seguimiento en consulta. El seguimiento mínimo fue de 3 meses tras la cirugía.

### **Técnica quirúrgica: ¿cómo lo hacemos?:**

El paciente es colocado en posición de navaja, con anestesia locorregional. Se realiza ligadura de transfixión doble tras disección de espacio interesfinteriano y aislamiento del trayecto fistuloso con sutura de PDS 3/0. Finalmente se realiza curetaje del orificio fistuloso externo. No realizamos interposición de ningún material. Se explica de forma detallada en el vídeo.

### **Resultados:**

Se intervinieron 31 pacientes (20 mujeres y 11 varones); 30 de las fístulas tenían origen criptograndular y un paciente presentaba colitis ulcerosa. No se presentaron complicaciones postquirúrgicas.

El porcentaje de curación (considerando como tal a la ausencia de supuración y cierre del orificio fistuloso externo) fue del 75%, sin diferencias significativas entre ambos sexos y con un periodo de seguimiento medio de 18 meses (4-46).

Todos los fracasos se objetivaron antes de los 3 meses de la intervención, la mayoría en la primera visita tras la cirugía (a los 28 días de la intervención). En dos casos se observó un fenómeno de "re-routing" del trayecto hacia la incisión cutánea interesfintérica. En los casos en los que fracasó la técnica se trataron inicialmente

mediante inyección de pasta de matriz de colágena, obteniendo unos resultados variables, acordes con lo publicado en la literatura (tasas de curación 45-56%)<sup>9</sup>.

### **Discusión:**

La ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso – LIFT- es una técnica factible que según el estudio original de *Rojanasakul A et al*<sup>4</sup> consigue la curación de la fístula perianal preservando la integridad del aparato esfinteriano. En estudios previos como en el de *Matos et al*<sup>3</sup>, se realizaba un abordaje del espacio interesfinteriano, pero la técnica de LIFT descrita por *Rojanasakul A et al*<sup>4</sup> tiene dos grandes diferencias que ya se han descrito en estudios previos<sup>10</sup> y con las que estamos de acuerdo.

En primer lugar la técnica de LIFT consiste en la ligadura del trayecto fistuloso a nivel del espacio interesfinteriano cercano al orificio fistuloso interno, mientras que en los estudios previos se realizaba la extirpación completa del trayecto y la reparación del defecto del esfínter anal interno. Y el segundo aspecto es que el curetaje del trayecto fistuloso externo es más práctico y rápido que la extirpación completa del trayecto y cierre primario. Consideramos que estos dos aspectos, son cruciales para los buenos resultados respecto a tasas de curación que obtiene esta técnica así como la nula afectación de la continencia.

**¿Por qué aplicarla en fístulas anteriores?** La configuración normal del esfínter anal externo en la mujer, forma un anillo incompleto en el tercio anterior y superior del canal anal, por lo que las fístulas anteriores en la mujer, se consideran por si mismas como complejas, debido al consiguiente mayor riesgo de incontinencia si se emplean técnicas que manipulen o lesiones esa zona debilitada *per se*. Porque

suelen presentar un trayecto lineal directo. Es raro la presencia de cavidades residuales tras los abscesos y frecuentemente el trayecto es único lo que facilita la realización de la técnica LIFT.

La tasa de curación y la media de seguimiento de estos pacientes difieren de unos estudios a otros. En nuestro estudio, evidenciamos una tasa de curación del 75% con la técnica de LIFT y un seguimiento medio de 18 meses (4-46), un resultado similar a los obtenidos en otros estudios previos como el de *Bleier et al*<sup>6</sup>, en el que describen un porcentaje de curación del 57% (en el que se incluyen un total de 35 pacientes con 5 meses de seguimiento); como en el de *Aboulian et al*<sup>7</sup> en el que se obtiene un 68% de curación (incluye 25 pacientes con 6 meses de seguimiento); el de *Shanwani et al*<sup>6</sup> en el que evidencian un 82.2% de curación (con 45 pacientes y un seguimiento de 9 meses) y el de *Rojanasakul et al*<sup>4</sup> con un 94.4% de curaciones (incluye 18 pacientes con un seguimiento de 6 meses). En la bibliografía se evidencia que la técnica obtiene mejores resultados cuando se aplica como primera opción quirúrgica, es decir en aquellos casos no intervenidos previamente<sup>11</sup>. Evidenciando como factores predictores de fracaso de la técnica, obesidad, tabaco, cirugías previas de la fístula así como longitud del trayecto. Este es un aspecto a considerar en nuestro estudio, es que el 35% de los pacientes habían sido intervenidos previamente con otras técnicas, lo que implica que se trataban de pacientes más complejos y con mayor dificultad técnica y podría haber empeorado los resultados que reportamos.

### **Conclusiones:**

En las fístulas transesfinterianas anteriores, la técnica de LIFT, es una técnica fácil de realizar y de enseñar, segura y teniendo en cuenta la complejidad de este

grupo, obtiene unos resultados muy satisfactorios respecto a las complicaciones postquirúrgicas y respecto a las tasas de curación.

**Declaraciones y conflicto de intereses:** Los autores declaran que el trabajo es original, que no ha sido publicado previamente en todo o en parte, que se responsabilizan de la versión final del manuscrito, a cuya elaboración han contribuido y así mismo que no existe conflicto de intereses ni con la revista ACIRCAL y/o con la industria. Parte del mismo fue presentado como comunicación oral en la Reunión Nacional de la Asociación Española de Coloproctología que se llevó a cabo en Mayo del 2017 en Almería.

### **Referencias bibliográficas:**

- 
- <sup>1</sup> José V. Roig, Juan García-Armengol: Tratamiento de las fístulas de ano complejas de causa criptoglandular. ¿Aún se requiere un cirujano con experiencia? *Cirugía española*. Febrero 2013, Vol 91, número 2. DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.10.014.
  - <sup>2</sup> Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg*, 63 (1976), pp. 1-12.
  - <sup>3</sup> Matos D, Lunniss PJ, Phillips RKS. Total sphincter conservation in high fistula-in-ano: results of a new approach. *Br J Surg*, 80 (1993), pp. 802-804.
  - <sup>4</sup> Rojanasakul A, Pattanaarun J, Sahakitrungruang C, Tantiphlachiva K. Total anal sphincter saving technique for fistula-in-ano; the ligation of intersphincteric fistula tract. *J Med Assoc Thai*, 90 (2007), pp. 581-586.
  - <sup>5</sup> Shanwani A, Nor AM, Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*, 53 (2010), pp. 39-42 <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181c160c4>.
  - <sup>6</sup> Bleier JI, Moloo H, Goldberg SM. Ligation of the intersphincteric fistula tract: an effective new technique for complex fistulas. *Dis Colon Rectum*, 53 (2010), pp. 43-46 <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e3181bb869f>.
  - <sup>7</sup> Aboulian A, Kaji AH, Kumar RR. Early result of ligation of the intersphincteric fistula tract for fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*, 54 (2011), pp. 289-292 <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e318203495d>.
  - <sup>8</sup> K. Ooi, I. Skinner, M. Croxford, I. Faragher, S. McLaughlin. Managing fistula-in-ano with ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) procedure: The Western Hospital experience. *Colorectal Dis*, (2011 Aug 11), <http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2011.02723.x>.
  - <sup>9</sup> Giordano P, Sileri P, Buntzen S, Stuto A, Nunoo-Mensah J, Lenisa L et al. Final results of a European, multi-centre, prospective, observational Study of Permacol™ collagen paste injection for the treatment of anal fistula. *Colorectal Dis*. 2017 May 11. doi: 10.1111/codi.13715.
  - <sup>10</sup> Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano. *Techniques in Coloproctology*. 13(3), 237-240.
  - <sup>11</sup> Omar Vergara-Fernandez, Luis Alberto Espino-Urbina. Ligation of intersphincteric fistula tract: What is the evidence in a review? *World J Gastroenterol*. Oct 28, 2013; 19(40): 6805-6813.