

# Tratamiento de Fístula Anal Compleja Asistida por Video. Resultados a Largo Plazo

Leonardo R. Salim, Cristian Alberto Gomez  
Sanatorio Parque. Rosario, Argentina.

## RESUMEN

**Introducción:** El tratamiento de las fístulas perianales sigue en la actualidad siendo controvertido, ya que aún no existe una técnica con baja tasa de recidiva, baja morbilidad y escasa o nula alteración de la continencia. Dentro de las técnicas "sphincter sparing", el tratamiento video asistido del trayecto fistuloso (VAAFT) aparece como una técnica con resultados promisorios.

**Objetivos:** Evaluar la experiencia de 25 pacientes con fístulas perianales tratados con VAAFT.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Pacientes portadores de fístulas criptoglandulares. Anatómicamente 15 eran transesfintericas altas, 3 transesfintericas bajas y 7 interesfintericas altas. Todos los pacientes tenían trayectos crónicos (más de un año de evolución). 20 pacientes ya tenían realizadas cirugías previas de su fístula, todos con sedal cortante. Cuatro de estos pacientes presentaban incontinencia a gases.

**Resultados:** Entre Mayo 2016 y Abril 2018, se operaron 25 pacientes, 20 del sexo masculino y 5 del sexo femenino. A todos ellos se les realizó en el preoperatorio ecografía endoanal con traductor de 360° y manometría ano-rectal. A todos se les realizó interrogatorio sobre el estado de su continencia. En todos los pacientes se realizó el procedimiento según técnica descrita por Meinerer con alguna modificación. En 3 pacientes no se logró identificar el orificio interno. En 4 pacientes el cierre del mismo se hizo con surget de PDS, en 3 se realizó algún tipo de colgajo (mucoso, locking flap) y en 15 pacientes se utilizó suturas mecánicas lineales de 45 mm. En 3 pacientes se agregó al VAAFT procedimiento LIFT.

Tres pacientes tuvieron recidiva y 5 recurrencia. Se tomó como recurrencia a la supuración por orificio externo y/o ano más allá del cuarto mes posoperatorio, mientras que se clasificó como recidiva a aquellos pacientes que tuvieron más de seis meses sin supuración luego del cierre del orificio externo y posteriormente volvieron a supurar.

No se perdió ningún paciente en el seguimiento postoperatorio.

No se identificaron alteraciones de la continencia posteriores al tratamiento ni empeoramiento de aquellos que tenían incontinencia a gases.

Las complicaciones fueron 4 abscesos en la zona del trayecto fistuloso que drenaron espontáneamente y 1 edema perineal por infiltración con glicina por ruptura del trayecto fistuloso.

**Conclusión:** El procedimiento VAAFT demostró ser una técnica segura con las ventajas de ser mínimamente invasiva y la única bajo visión directa.

**Palabras Claves:** Fístula Perianal; Esfínteres Anales; Fistuloscopio; Fístula Anal Compleja

## ABSTRACT

**Introduction:** The treatment of perianal fistulas is still controversial. Actually, there is no surgical technique with low recurrence rate, low morbidity and no alteration of continence.

Between the "sphincter sparing techniques", the Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT) appears as a technique with promising results.

**Objectives:** Evaluate the experience of 25 patients with perianal fistulas treated with VAAFT.

**Methods:** observational retrospective study. Patients with cryptoglandular fistulas. Anatomically 15 were high transsphincteric fistulas, 3 low transsphincteric fistulas and seven high intersphincteric. 20 of them had previous surgeries with cutting seton.

**Results:** Between May 2016 and April 2018, 25 patients with fistula -in-ano were operated with VAAFT, 20 male and 5 female. Everyone underwent 360° endorectal ultrasound and rectal manometry before the procedure, which was performed according to the technique describe by Meinerer with some modifications.

The closure of the internal orifice was performed with PDS surget in 4 cases, whereas 3 patients needed a mucosal advance flap and in 15 cases a 45 mm stapler was used. In 3 patients the internal orifice was not identified.

The follow-up was for 2 years.

The complications were four abscesses in the area of the fistulous tract, that drained spontaneously and one perineal edema due to infiltration with glycine due to rupture of the fistulous tract.

**Conclusion:** The VAAFT procedure proved to be a safe technique with the advantages of the minimally-invasive techniques.. Besides is the only technique under direct vision.

**Keywords:** Anal Fistula; Video-assisted Anal Fistula Treatment; Complex Anal Fistula; Sphincter-Sparing

## INTRODUCCIÓN

La fístula perianal es una patología que históricamente presentó un gran desafío en cuanto a su tratamiento para los especialistas en cirugía colorrectal. Dado no solo por su elevada tasa de recurrencia, sino también por el riesgo de distintos grados de incontinencia postoperatoria.

Las fístulas en general se definen como una comunicación entre dos superficies orgánicas con epitelio y, en el

caso de las fístulas perianales, de la mucosa endoanal con la piel, precedido generalmente de un absceso. El trayecto de dicha comunicación toma distintas relaciones con los esfínteres anales de la cual surgen distintas clasificaciones. Una de ellas es la de Parks, la cual las clasifica en fístulas interesfinterianas: son las que se presentan con mayor frecuencia (60%) y cuyo trayecto desciende entre el esfínter interno y el esfínter externo hasta la piel perianal. Fístulas transesfinterianas: tienen un trayecto que pasa a través de ambos esfínteres. La altura del mismo determinará el riesgo de incontinencia postoperatoria. Éstas represen-

Leonardo R. Salim

leo\_salim2000@yahoo.com.ar

tan cerca del 25% de los casos. Fístulas supraesfinterianas: transcurren por el espacio interesfinteriano hasta la región supra elevador, allí la atraviesan y se dirigen hacia la piel perianal. Se presentan en menos del 5% de los casos. Fístulas extraesfinterianas: no tienen origen en una cripta, si no que el orificio interno tiene una ubicación alta. Son consecuencia de traumatismos ano-perineales, iatrogenias, enfermedad inflamatoria intestinal y otras sepsis pelvianas.

Otra clasificación que surge de la relación del trayecto con los esfínteres, la complejidad en cuanto a su resolución quirúrgica y la probabilidad de una incontinencia anal postoperatoria, es la de fístulas simples y fístulas complejas.

El término fístulas perianales complejas surge de una serie de situaciones que hacen que la resolución quirúrgica sea más difícil, con mayor riesgo de recurrencia y de generar una incontinencia postoperatoria. Dentro de este término incluimos a las fístulas extraesfinterianas y supraesfinterianas, a las fístulas recidivadas, fístulas de localización anterior en las mujeres, las fístulas múltiples con sus respectivos orificios internos y externos, y a las relacionadas con enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn) o Tuberculosis anal.

Con el correr del tiempo y en vista del gran desafío terapéutico que presenta la patología han surgido múltiples procedimientos con la premisa de la preservación de la musculatura esfinteriana (en inglés "sphincter sparing") y de esta manera preservar la continencia anal. Entre los más importantes podemos mencionar el flap endoanal o endorrectal, lift, fistula plug, glue (fibrina), FILAC, OTSC, células madres y el tratamiento de fístula anal asistida por video (VAAFT).

Esta última técnica, el VAAFT, fue desarrollada en el año 2006 por el Dr. Piercarlo Meinero en Italia.

### Objetivo

Evaluar la experiencia en 25 pacientes con fístula perianal operados con el método VAAFT, como lo describe P. Meinero, intervenidos en la ciudad de Rosario, Argentina.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de 25 pacientes intervenidos con el método VAAFT para el tratamiento de fístulas perianales complejas, entre el mes de mayo del año 2016 y abril del 2018.

De los pacientes incluidos, 20 fueron de sexo masculino y 5 femeninos. Todos ellos fueron previamente estudiados con ecografía endoanal de 360°, manometría anorrectal y examen proctológico evaluando el trayecto fistuloso, anatomía e indemnidad esfinteriana y funcionalidad anorrectal. Todos los pacientes incluidos en este estudio tenían una fístula de origen criptoglandular. Anatómicamente 15

eran transesfintericas altas, 3 transesfintéricas bajas y 7 interesfintéricas altas. Veinte de ellos tenían el antecedente de una intervención previa con sedal. 4 pacientes presentaban incontinencia a gases (entre 1 y 6 de la escala de Jorge y Wexner). Coincidentemente los cuatro habían sido sometidos a cirugía previa.

A todos se les practicó la técnica VAAFT descrita por P. Meinero. Ésta consta de dos etapas, una primera diagnóstica y la subsiguiente terapéutica, ambas llevadas a cabo en el mismo procedimiento quirúrgico. Para ello, con el paciente bajo anestesia raquídea, se utiliza un endoscopio semirrígido de 3,3 mm de diámetro por 20 cm de largo llamado fistuloscopio de Meinero (Karl Storz GmbH, Tuttlingen, Germany), conectado a una torre de video laparoscopia. El objetivo de la etapa diagnóstica es localizar correctamente el orificio interno fistuloso y los posibles trayectos secundarios o cavidades intermedias. Se inserta el fistuloscopio a través del orificio externo fistuloso utilizando solución acuosa de glicina de manera tal que el líquido genere distensión del trayecto, se avanza el fistuloscopio bajo visión directa identificando la anatomía de la fístula hasta visualizar directamente o por transluminación el orificio interno.

Finalizado esto se procede a la segunda etapa, la terapéutica, cuyo objetivo radica en lograr la limpieza y destrucción de la fístula. Esto se cumple utilizando en primer paso una pinza de presión laparoscópica de 2,5 mm de diámetro que se introduce por el canal de trabajo del fistuloscopio de manera tal de retirar todo el tejido fibroso dejando el trayecto perfectamente limpio (modificación realizada por los autores). A continuación, se utiliza un electrodo de alta frecuencia que cauteriza cm a cm todo el trayecto fistuloso, eliminando así todos los restos de tejido que pudieran haber quedado adheridos a la pared de la fístula. Luego se inserta un endobrush (cepillo) a manera de curetaje.

Finalmente, se cierra el orificio interno con una sutura mecánica lineal cortante 45 mm o como alternativa, si no es factible usar la sutura mecánica, se realiza un flap o sutura continua de PDS (Polidioxanona). Esta última es una variante de la técnica original que cayó en desuso por sus malos resultados.

### RESULTADOS

En nuestra serie, en 4 pacientes el cierre del mismo se hizo con sutura continua de PDS, en 3 pacientes se realizó flap y en 15 pacientes suturas mecánicas lineales de 45 mm. En 3 pacientes no se logró identificar el orificio interno con el método VAAFT, por lo que se realizó un procedimiento LIFT.

El seguimiento de los pacientes es de dos años. No hubo pérdidas en el follow up. No se observó incontinencia

cia postoperatoria ni agravamiento de la preexistente. Las complicaciones que se presentaron en el postoperatorio inmediato fueron 4 abscesos en la zona del trayecto fistuloso que drenaron espontáneamente y 1 edema perineal por infiltración con glicina por ruptura del trayecto fistuloso. Todos se resolvieron sin la necesidad de una re-intervención.

Tuvimos 8 fracasos terapéuticos. Tres pacientes con recidiva, es decir que comenzaron con supuración por ano u orificio externo luego de 6 meses de la intervención. A su vez cinco pacientes presentaron recurrencia, es decir la aparición de los síntomas a partir del cuarto mes postoperatorio.

Del total de los fracasos, el cierre del orificio interno había sido con surget de PDS en 4 casos, flap mucoso en dos y stapler en los dos restantes. Un solo paciente volvió a ser operado utilizando técnica VAAFT y fracasó nuevamente. En los 7 restantes se utilizaron otras técnicas con diversos resultados. El mejor resultado terapéutico lo obtuvimos en los pacientes en los que utilizamos la sutura mecánica lineal, incrementando sustancialmente el costo del procedimiento. La tasa de éxito fue del 68%.

## DISCUSIÓN

A la fecha existen pocas publicaciones en la literatura mundial con respecto al VAAFT, no existiendo ninguna en nuestro país. La mayor serie de pacientes fue presentada por P. Meinero,<sup>1</sup> en el año 2011, con 136 casos de fístulas

complejas realizados entre el mes de mayo de 2006 y mayo de 2011. Durante su experiencia no se presentaron complicaciones serias como sangrado o infecciones postoperatorias. En su estudio, Meinero, obtuvo una buena respuesta en el 73,5% de los casos a los 2-3 meses. En los pacientes sin curación de la fístula se les realizó un segundo procedimiento VAAFT con el que obtuvo un 83% de curación.

En la publicación del grupo de I. Seow, en F. Seow – Choen y P. K. Koh,<sup>2</sup> con una casuística de 41 pacientes obtuvieron un 70% de curación. De los pacientes con recidivas de la enfermedad, practicando un nuevo procedimiento VAAFT obtienen un 83% de curación.

Gaurav Kochhar y Col.<sup>3</sup> publicaron, en el año 2014, su experiencia en 82 pacientes operados con VAAFT entre el año 2010 y 2014, en ella se presenta una recurrencia del 15,83%.

## CONCLUSIÓN

El procedimiento VAAFT demostró ser una técnica segura con las ventajas que representa la mini invasividad.

Es la única técnica bajo visión directa y su tasa de éxito es similar a otras "sphincter sparing" sin riesgos en la continencia. Como contrapartida, tiene un alto costo económico por el equipamiento necesario.

Nuestra experiencia resulta alentadora. Sin embargo, necesitamos un mayor número de procedimientos y un seguimiento más alejado para ser validada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Meinero P, Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): A novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. *Tech Coloproctol.* 2011. Vol 15. Pag 417-422.
2. Seow-En I, Seow-Choen F, Koh PK. An experience with video-assisted anal fistula treatment with new insights into the treatment of anal fistulae. *Tech Coloproctol.* 2016. Vol 20. Pag 389-393.
3. Kochhar G, MS, Saha S, MS, Andley M, MS, Kumar A, Saurabh G, MS, Pusuluri R, MS, et al. Video-assisted anal fistula treatment. *JLS.* 2014. Vol 18 Issue 3.

## COMENTARIO

El tratamiento quirúrgico de una fístula anal compleja implica un desafío para el proctólogo, ya que se intenta al mismo tiempo resolver la patología y preservar la función esfinteriana, utilizando una técnica lo menos invasiva posible que permita una rápida recuperación postoperatoria. El hecho que existan múltiples opciones quirúrgicas desarrolladas para tal fin, implica que ninguna per sé es lo suficientemente buena como para ser considerada gold standard. El VAAFT es una técnica que permite evaluar bajo visión directa el trayecto fistuloso e identificar trayectos secundarios, abscesos y el orificio interno. A su vez, puede asociarse con otros procedimientos ya conocidos como el colgajo de avance mucoso o el LIFT.

En la bibliografía actual, la publicación con mayor número de casos corresponde a la de Meinero et al., con una serie de 203 pacientes y una tasa de éxito del 70% a los seis meses. También demostró mejores resultados realizando el cierre del orificio interno con sutura mecánica (74% de éxito versus 58% para el cierre con sutura manual).

En el presente estudio retrospectivo de 25 casos, el primero en nuestro país, los resultados obtenidos son similares a los publicados en la bibliografía. Si bien el número de casos es bajo, el seguimiento fue de dos años, y a diferencia de otros trabajos, se utilizó la manometría anorrectal en el preoperatorio, lo que permitió evaluar objetivamente la incontinencia como consecuencia del procedimiento. Debido a su alto costo, es necesario todavía mayor experiencia para evaluar sus beneficios y poder adoptar esta técnica en nuestro medio.

Sebastián Guckenheimer  
Hospital Pirovano. C.A.B.A., Buenos Aires.

---

**SESIÓN 11 DE MAYO DE 2018**

---

**Presidente:** Doctor Alejandro Moreira Grecco

**Dr. Alejandro Moreira Grecco:** Bueno en primer lugar, felicitarte Leonardo, sé que sos un pionero del VAAFT en la Argentina y te agradezco el trabajo. Te hago una pregunta técnica. Primero ¿la glicina baja por goteo o tenés algún tipo de bomba o de presión como el neumoperitoneo para usar? La segunda es: ¿si consideras esta técnica como un esfínter saving y si la recomendarías en un paciente de alto riesgo de incontinencia fiscal o en una fístula recidivada. Y lo otro es ¿qué papel, por lo que veo, le das vos al cierre del orificio interno? Me parece que es una de las partes claves, porque cuando cambiaste el tipo de cierre mejoraste el éxito. Y la otra sería qué comparación o cómo lo ves vos contra el filácola, la ablación láser del trayecto. Son muchas preguntas, perdón.

**Dr. Leonardo Salim:** Muchas, sí.

**Dr. Alejandro Moreira Grecco:** Porque estuvo muy interesante.

**Dr. Leonardo Salim:** Gracias. Bueno primero, si me olvido alguna me la repreguntás por favor. De la glicina utilizamos solamente a goteo, no tengo una bomba especial, un B109 y cae goteo y lo manejamos, tiene una llave el fistuloscopio de ambos lados que se puede regular más o menos la presión. Los detractores de la técnica dicen que la distensión a alta presión hace que se distienda, valga la redundancia, mucho el trayecto que después no se pueda cauterizar, porque al tener un trayecto muy extendido no se puede coagular todo el trayecto. Segundo, es muy importante el cierre del orificio interno según quién describe esta técnica, por lo tanto, mientras más hermético mejor. En la primera descripción, Meinero utilizaba cianocrilato también para reforzar el cierre, lo ponía en las líneas de la sutura mecánica y llenaba el orificio con cianocrilato. Después le fue mal porque hizo abscesos y algunas cosas, me lo comentó, entonces lo dejó de hacer. Yo filac no hice nunca, hay una nueva idea de utilizar la fibra del láser, la radiada, no la longitudinal sino la radiada, la que quema en 360 grados con el VAAFT, se llama VAAFT C o VAAFT FILAC, no le han puesto todavía el nombre, pero tenés que tener los dos aparatos, el VAAFT o sea el fistuloscopio, y el láser. Eso, lo que haría es disminuir la posibilidad de el sesgo que tiene uno, digamos, para cauterizar cuando el trayecto está muy distendido entonces la fibra láser quema mucho más, es más cara y esa sí es desechable, en cambio el coagulador dura 6, 7, 10 cirugías, dura. ¿Qué otra pregunta Ale, perdón?

**Dr. Alejandro Moreira Grecco:** Si es un esfínter saving.

**Dr. Leonardo Salim:** Sí, totalmente.

**Presidente:** El doctor Rosato dice que te felicita y que ¿qué tercer pagador cubre el costo y si estás de acuerdo, veo, con la desepitelización del trayecto, decile al Dr. Rosato.

**Dr. Leonardo Salim:** Bueno, al Dr. Rosato le tengo que agradecer primero porque él, yo lo escuché a él hablar de vaaft hace algunos años y, así como con la ecografía, aprendí a hacer vaaft porque lo escuché al Dr. Rosato en la ecografía también, a pesar de que, bueno, no me enseñó. Con respecto al tercer pagador es muy complicado, yo no trabajo en la parte pública, por lo tanto, yo creo que si uno pudiese trabajar en la parte pública tendría una mayor cantidad de casos, yo mis casos son todos privados, privados con obra social, pero de sanatorio, de clínica, no de hospital. Uno tiene que luchar mucho y mi experiencia personal yo lo que he priorizado es hacer los casos antes de el resarcimiento económico, en los primeros casos, después por supuesto uno tiene que pagar el equipo y algunas obras sociales algo cubren, otras no cubren, otras se les pasa algún presupuesto porque es una cirugía no nomencada, pero es muy, muy difícil, por eso la casuística tan baja, en mi modesta opinión.

**Dr. Maximiliano Bun:** Bueno, felicitaciones Leonardo, muy buena presentación, dos preguntas. La primera es, no sé, por ahí no la vi o la pasé por alto, la media o mediana de seguimiento de estos pacientes para sacar el resultado y la otra pregunta que no me queda claro es los términos recurrencia y recidiva y vos, digamos, una consideración, quizás estás asumiendo las mismas definiciones que Meinero y quizá esto debería asumirse con las definiciones que globalmente se utilizan para valorar recurrencia de una fístula o no en el global de los trabajos de fístula, ya sea la técnica que sea. No me queda claro, no sé qué término está como, que es similar para lo que sería para existencia, que el paciente en realidad no resuelva los síntomas, yo creo que eso es más persistencia a recidiva o recurrencia, no me quedó claro eso. Si uno debería comparar en realidad los términos con los términos se utilizan con el resto de los trabajos y no de los términos que utiliza Meinero para su técnica.

**Dr. Leonardo Salim:** Gracias Maxi. Bueno, la primera es la respuesta más fácil, 24 meses el follow-up. La segunda una pregunta, digamos, bastante interesante. Coincido con vos, lo que pasa es que al no haber demasiada gente que haga vaaft, digamos, me pareció que me debería remitir a lo que el inventor de la técnica propuso como recidiva y recurrencia. Creo que la recurrencia es una persistencia, es decir que la supuración no termina nunca de curar, y coincido sí con la re-

cidiva, es decir el paciente que curo, no supuró más por un período de tiempo, habría uno quizás que estudiar si ese período de tiempo que él dice que son 6 meses, bueno, por qué no 2, por qué no 4, por qué no un año, y evaluarlo así que coincido contigo, yo me limité a estandarizar la técnica como el inventor lo hizo.

**Presidente:** Sigue a consideración el trabajo del doctor Leonardo Salim, doctor Minetti.

**Dr. Angel Miguel Minetti:** Gracias señor presidente.

**Presidente:** De nada.

**Dr. Angel Miguel Minetti:** Bueno, felicitaciones, Leonardo, realmente muy buena presentación, muy interesante trabajo, y yo voy a hacer un poco de abogado del Diablo. El equipo, si mal lo entiendo, yo no lo emplee nunca, tiene un objetivo que es cateterizar el trayecto, el segundo es buscar el orificio interno. Los métodos clásicos que nosotros empleamos, probablemente, el hallazgo del orificio interno esté de forma muy parecida o quizás un poco más, porque usando agua oxigenada, cateterizando el orificio interno casi siempre se encuentra. Segundo punto es el tratamiento del trayecto, que en el caso de este procedimiento consiste en electrofulgurarlo, fulgurarlo, en limpiarlo, y en lo clásico quizás ponerlo a plano, hasta cerrar el orificio interno con cualquier otro procedimiento. Y la tercera variante es cerrarlo con una sutura mecánica en vez de lo que conocemos clásicamente. Con lo cual yo pienso que quizás habría que comparar la técnica con las técnicas clásicas como para ver los resultados. En principio tanto lo que se publica como lo que tú has presentado tiene un seguimiento, a mi entender, bastante corto lo cual hace que todavía no haya resultados definitivos como para decir que la técnica puede ser, digamos, de avanzada. Y después, por último, me voy a referir, tú has comentado que se necesitan 3 o 4 semanas de higiene, limpieza, lavado, lo cual hace que la convalecencia sea bastante larga, quizás en los procedimientos que nosotros empleamos clásicamente el enfermo a la semana, 10 días está en actividad. No sé si en este caso tiene que estar en reposo y lo que hace que sea más larga la convalecencia lo cual hay que agregarle al costo de la sutura mecánica, del equipo, del cable, la convalecencia, asique bueno, te felicito nuevamente, realmente interesante trabajo.

**Dr. Leonardo Salim:** Bueno, muchas gracias por su comentario doctor Minetti. Voy a responder de atrás para adelante. En realidad, el lavaje es solamente con una jeringa de 20 con solución fisiológica dos veces por día, no lleva convalecencia, por supuesto sí el paciente tiene que estar en ese momento acostado, o en alguna posición que permita cateterizar el orificio externo que está reseca y lavarlo, pero no tiene una gran convalecencia, pero por supuesto que es, cabe a su comentario. Con respecto a las otras técnicas, bueno, comparando las técnicas que no son, digamos, fistulectomía o las técnicas esfínter saving tienen todas más o menos esa tasa de éxito, pero la mayoría, o todas, hacen hincapié no en la tasa de éxito sino en el 0% de incontinencia. Yo creo que, por supuesto que uno debería tratar de lograr la mayor tasa de éxito con el porcentaje de incontinencia en 0 y no hay ninguna que lo logre asique agradezco mucho los comentarios, son perfectos, caben a la presentación, claro que sí.

**Presidente:** Sigue a consideración del trabajo del doctor Salim, doctor Serra.

**Dr. Fernando Serra:** Bueno, felicitarte y hacerte una pregunta. En los pacientes que tuviste recurrencia o persistencia, ¿cómo encontraste el trayecto y el orificio interno?

**Dr. Leonardo Salim:** Bueno, la realidad es que los 8 pacientes que anduvieron mal, pongámosle así para no entrar en recurrencia y ese tipo de cosas, a uno solo lo volví a operar con un vaaft, y ese paciente el trayecto estaba ahí porque yo creo que por algo recurrió. Habitualmente el trayecto, lo que hace uno lo cauteriza y el trayecto si uno después le hace una ecografía al paciente sigue viéndolo. Lo que provoca la cateterización es que crezca tejido de granulación y el proceso infeccioso desaparezca y no haya comunicación desde el endoano hasta el trayecto fistuloso por el cierre del orificio interno. Yo el único paciente, con el doctor Gómez que está acá, reoperamos mediante un vaaft también anduvo mal. La realidad es que por lo menos en la parte privada donde yo trabajo, el paciente que se opera de esta técnica, bueno, a la obra social le sale caro o al paciente le sale caro, por lo tanto, el paciente busca esa tasa de éxito, no quiere que uno le hable del 0% sino quiere curarse. Entonces, volverle a hacer otro procedimiento o ya, bueno la mayoría no vuelven, uno sabe que el paciente que recidiva habitualmente va a otro médico y hay muchos detractores de la técnica entonces, yo el único paciente que volví a operar con vaaft tampoco anduvo bien, pero sí, el trayecto estaba. Se ve perfectamente.

**Presidente:** Doctor Leiro.

**Dr. Fabio Leiro:** Yo llegué cuando el trabajo ya estaba empezado, pero escuché algo que vos comentaste y me interesa escuchar tu opinión. Vos puntualizaste que los trabajos son solamente de Italia, de la India y no sé de qué otro país, y realmente te pregunto ¿qué crees que significa esto? ¿Por qué los trabajos vienen de esos lugares y no vienen de, digamos, entre comillas, de países donde habitualmente leemos trabajos en las publicaciones internacionales? Creo que también puntualizaste que no están las mejores publicaciones de la especialidad. ¿Qué crees que significa esto y por qué lo remarcaste?

**Dr. Leonardo Salim:** Bueno, una excelente pregunta también. Gracias Fabio. Primero que no hay ninguna, en Esta-

dos Unidos no se hace. ¿Por qué no se hace en Estados Unidos? No sé, quizás porque el equipo es caro y porque no es el gold standard. Los americanos, digamos, prefieren, o cuando uno va a los congresos hablan mucho más del lift que de cualquier otra técnica de esfínter saiving, y posiblemente porque no sea la técnica maravillosa para hacer una fistula y, te vuelvo a repetir, la tasa de éxito no es demasiado alta y otra cosa no sé por qué, pero debe ser porque no es una técnica maravillosamente exitosa.

**Dr. Jorge Latif:** Me llama la atención, si es que yo entendí bien, que uses sedal de corte, de corte rápido, asociado a más dolor, corte rápido, mayor incontinencia, casi no usado en ningún lugar de toda la bibliografía que yo busqué para hacer esto. Después no hay muchos trabajos que comparen este método con otros nuevos, ni con el láser, los trabajos son de muy pocos casos, escaso seguimiento y eso hace tambalear los resultados. Quizás últimamente la técnica del lift (13:28) es la que más auge está tomando y quizás la que sea de preferencia para usar en estos casos cuando no querés usar las técnicas comunes. Yo llegué a la conclusión de que estos métodos, ninguno superó al sedal y al colgajo en sus resultados, que son un poco superiores en los últimos años a los que vos nos mostraste un poco allí, y el vaaft en este caso, asociado casi a un 35% de recurrencia porque la tomes como la tomes, o la definamos como la definamos el paciente vuelve a tener el mismo problema. Y con respecto, técnicamente, no lo he usado nunca, pero qué pasa con esos trayectos que son muy anfractuosos, con esos ángulos muy pronunciados para pasarlo. Y yo lo que haría, esta es la pregunta que te quería hacer, las dos preguntas que te quería hacer, y a mí me parece que, si uno no encuentra el orificio interno en un examen bajo anestesia, uno no debería hacer ninguna otra técnica. Yo le recomendaría a mis residentes o a cualquier otro médico que no haga nada y que vuelva otro día a resolver el problema.

**Dr. Leonardo Salim:** Muchas gracias Jorge. Bueno, con respecto a la primera pregunta, por supuesto que la tasa de éxito de los colgajos y del sedal, bibliográficamente es más alta que esta técnica y mucho menos costosa, sin embargo, tiene, por mínimo que sea, algo de porcentaje de incontinencia, siempre. Y esta técnica, al igual que el láser, al igual que otras técnicas de preservación de esfínteres, el fundamento es que tienen 0% de incontinencia, por lo menos los resultados a largo plazo. Creo que el lift, y esta es una opinión absolutamente personal, creo que el lift es una muy buena técnica y que se ha popularizado porque no es costosa, entonces esa es la opinión. Y la pregunta, esa también, sí, ¿qué es lo que me dijeron a mí que haga? Eso te voy a decir primero. Meinero dice que cuando él encuentra los trayectos anfractuosos lo que hace es, hace un orificio adicional y rectifica el endoscopio porque es semirrígido. Nosotros, con mi compañero que está acá presente lo quisimos hacer en, creo que el segundo o el tercer caso, y se nos dobló el fistuloscopio, por supuesto casi un infarto en el quirófano, era la tercera cirugía, carísimo, y lo tuve que mandar a arreglar a Córdoba, a alguien que arregla endoscopios, que gracias a Dios no se lesionó el canal de trabajo porque si no, no lo podía usar más. Ese paciente primero que, bueno, fue uno de los fracasos, y nosotros, los trayectos que son por lo menos desde el punto de vista ecográfico, anfractuosos, curvilíneos, en herradura directamente no hacemos vaaft, tratamos de hacer otra técnica o no operamos ese paciente.

**Presidente:** Sigue a consideración el trabajo, bueno, muchas gracias doctor Salim por tu presentación.