



## CÓMO CITAR

Zimmerman-Hernández E,  
Rivero-Alarcón LA. Fístula  
perianal en herradura.  
Diagnóstico y tratamiento en  
un caso complejo. Rev Méd  
Electrón [Internet]. 2026  
[citado: fecha de  
acceso];48:e6888. Disponible  
en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6888/6550>

### \*Autor para correspondencia:

[zimmermanhelena24@gmail.com](mailto:zimmermanhelena24@gmail.com)

### Revisores:

Silvio Faustino Soler-Cárdenas  
y Yusimin Lozano-González.

### Palabras clave:

fístula anal; absceso;  
diagnóstico

### Key words:

anal fistula; abscess; diagnosis

**Recibido:** 01/09/2025.

**Aceptado:** 06/03/2026.

**Publicado:** 06/05/2026.

Presentación de Caso

## Fístula perianal en herradura. Diagnóstico y tratamiento en un caso complejo

### Horseshoe Perianal Fistula. Diagnosis and Treatment in a Complex Case

Elena Zimmerman-Hernández<sup>1\*</sup>  <https://orcid.org/0009-0007-2913-9195>

Luis Alberto Rivero-Alarcón<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0009-0000-2101-8320>

### Afiliación:

<sup>1</sup> Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

## RESUMEN

La fístula perianal es una entidad descrita desde la antigüedad. Constituye una afección supurativa que involucra el ano, los tejidos perianales y la piel. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en el manejo de una fístula anal en herradura, entidad poco frecuente, difícil de tratar por su morfología y con una evolución no exenta de complicaciones. Se muestra el caso de un paciente que luego de un trauma, presentó un absceso isquiorrectal que conllevó a una fístula compleja en herradura. Debido a su patología de base, no fue posible realizarle una resonancia magnética para establecer el diagnóstico, por lo que se utilizó la fistulografía. Fue intervenido quirúrgicamente, realizándosele fistulotomía y marsupialización de los bordes. El paciente es dado de alta médica sin compromiso de la continencia anal. Se observa cómo técnicas no tan actuales pueden ser retomadas si el paciente no admite alternativas modernas.



## ABSTRACT

Perianal fistula is an entity described since ancient times. It is a suppurative condition involving the anus, perianal tissues and skin. The objective of this work is to show our experience in the management of a horseshoe anal fistula, a rare entity, difficult to treat due to its morphology and with an evolution not without complications. We present the case of a patient who after a trauma presented an ischiorectal abscess that led to a complex horseshoe fistula. Due to his underlying pathology, it was not possible to perform a magnetic resonance imaging to establish the diagnosis, so fistulography was used. He underwent surgery, fistulotomy and marsupialization of the edges. The patient was discharged without commitment of anal continence. It is observed how not so current techniques can be retaken if the patient does not admit modern alternatives.

## INTRODUCCIÓN

La fístula anorrectal es definida como la persistencia de un trayecto fibroso recubierto por tejido granulatorio entre un orificio primario interno, y uno o múltiples orificios secundarios externos en la piel de la región perianal.<sup>(1)</sup> La fístula anal fue descrita desde principios de la historia médica; alrededor del año 430 a. C. Hipócrates sugirió que la enfermedad se debía a "las contusiones ocasionadas al cabalgar en las ancas del caballo". En el siglo XIV, el cirujano inglés John Arderne escribió *Treatises of fistula in ano, haemorrhoids and clysters*, donde, además, describe la fistulotomía y el uso del setón. Las referencias históricas indican que Luis XIV fue tratado por una fístula perianal en el siglo XVIII, por el cirujano Félix de Tassy.<sup>(2)</sup>

Esta entidad es una afección relativamente común; su incidencia varía según factores geográficos, socioeconómicos y de acceso a los servicios de salud. Se ha reportado en países europeos una prevalencia general de 1,15 por 10 000 habitantes, con predominio de la etiología criptoglandular y de los casos asociados a la enfermedad de Crohn. En América, los datos continentales son limitados; no obstante, los estudios disponibles sugieren altas tasas de recurrencia.<sup>(3,4)</sup> Ruiz<sup>(5)</sup> describe que las fístulas complejas son más frecuentes que las simples, sobre todo si están asociadas a la enfermedad de Crohn.

El tratamiento de una fístula anal compleja constituye un reto quirúrgico. Varias técnicas se han descrito para abordar esta clase de fístula, orientándose básicamente en lograr la curación sin alterar la función esfinteriana, y evitar en lo posible la recidiva del trayecto.<sup>(6)</sup>

El objetivo de este trabajo es mostrar una experiencia en el manejo de una fístula anal en herradura, entidad con morfología compleja y poco frecuente, utilizando métodos para el diagnóstico y tratamiento que ya han caído en desuso.

Sin embargo, cuando las condiciones del paciente contraindican técnicas modernas, pueden ser retomados.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanco, masculino de 69 años, con antecedentes de bloqueo aurículo-ventricular de segundo grado con marcapasos, que presentó trauma coccígeo, por lo que acude a consulta después de una semana del mismo. Presenta dolor intenso en región perianal derecha, dificultad defecatoria, dolor al sentarse y al deambular, además de cuadro febril de 38,5 °C.

Al examinarlo, fue observado un discreto aumento de volumen de la región perianal derecha con límites mal definidos, doloroso y con aumento de la temperatura local. Se le realiza ultrasonido de partes blandas que visualiza colección a nivel de la fosa isquiorrectal, lo que se interpreta como un absceso isquiorrectal, realizándose incisión y drenaje del mismo. También, permanencia de orificio de drenaje con formación de granuloma en este. Se le diagnostica una fístula perianal y se decide esperar un tiempo prudencial para que se establezca trayecto fistuloso y proceder a la intervención quirúrgica.

En este tiempo, presenta aumento de volumen del lado contralateral con igual sintomatología, y se procede a la incisión y drenaje del nuevo absceso. Se mantiene el orificio secundario en la región perianal derecha y comienza a referir el paciente que al apretar el glúteo izquierdo expulsaba líquido hematopurulento fétido por el orificio del otro glúteo. Este evento hace pensar en una fístula en herradura, diagnóstico que se corrobora en una fistulografía realizada instilando iopamido 300mgL/ml, lo que dibuja un trayecto fistuloso largo, ancho, que comunica ambas fosas isquiorrectales a través del espacio retroesfinteriano posterior (espacio posanal de Courtney). La imagen obtenida se observa en la figura 1.



**Fig. 1.** Fistulografía.

Con diagnóstico establecido, se programa la cirugía, que se realiza con anestesia regional. Al paciente, colocado en posición de Jack Knife, se le pasa sonda metálica maleable a través del orificio secundario de la fístula, que a través del trayecto fistuloso tomó dos direcciones hacia el orificio primario, atravesando el espacio entre ambos esfínteres (interesfinteriana) y hacia el glúteo izquierdo, a través del espacio de Courtney. Se realiza fistulotomía. En la figura 2 nótese el suelo de la fístula.



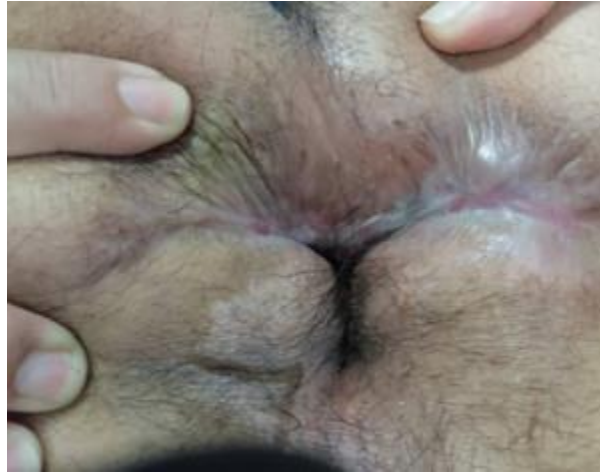
**Fig. 2.** Fistulotomía.

Posteriormente, se realiza legrado del trayecto fistuloso y marsupialización de los bordes, preservando la integridad del esfínter anal interno. (Figura 3)



**Fig. 3.** Fistulotomía con marsupialización de los bordes.

La herida quirúrgica es cerrada por segunda intención, con una evolución favorable y sin complicaciones. Tras tres meses de seguimiento, el paciente fue dado de alta sin presentar afectación de la continencia. (Figura 4)



**Fig. 4.** Paciente al alta médica.

## DISCUSIÓN

Muchos autores han contribuido significativamente al estudio de la anatomía de la fístula anal. Sir Alan Parks (1976) propuso la clasificación más utilizada en el mundo, basada en la dirección que sigue el trayecto de la fístula en relación con el anillo o aparato esfinteriano. Por su parte, la clasificación de Parks, del Hospital St. Mark (1979), define cuatro tipos: fístulas interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas. Las fístulas superficiales fueron agregadas posteriormente, y son aquellas que no comprometen el esfínter.

Las fístulas complejas no fueron incluidas en la clasificación de Parks, e incluyen: transesfintéricas altas, supraesfintéricas, extraesfintéricas, recurrentes, en herradura y con tractos múltiples.<sup>(7)</sup> La teoría más aceptada sobre el origen de las fístulas perianales es la criptoglandular, descrita en alrededor de un 90 % de los casos. Se fundamenta en la exposición constante de carga fecal en el orificio fistuloso interno, asociada a la hermeticidad del trayecto, haciendo, finalmente, perpetuar el foco séptico.<sup>(8)</sup> El grupo restante incluye otras afecciones, como la enfermedad de Crohn, radiación local, cáncer y trauma.

Su drenaje a través de la piel perianal puede ser espontáneo o quirúrgico, y generalmente da origen a una fístula. Por esta razón, los abscesos y las fístulas perianales son, en la mayoría de las ocasiones, estadios sucesivos de una enfermedad supurativa, representando el absceso la fase aguda y la fístula la

fase crónica. Las fístulas se clasifican con el fin de que el cirujano cuente con una guía para elegir la técnica quirúrgica que debe realizar.<sup>(9)</sup>

La sepsis anorrectal es un padecimiento muy frecuente en la consulta del coloproctólogo. El motivo de consulta más frecuente es ensuciamiento, ano húmedo, dolor perianal cíclico y drenaje de material purulento.<sup>(10)</sup> Pueden ser incapacitantes y deteriorar la calidad de vida cotidiana, y determinan, en algunos casos, una enfermedad crónica, recidivante y de difícil erradicación.<sup>(11)</sup> La inspección de la región perianal con la visualización del orificio secundario y la palpación del trayecto fistuloso son fundamentales en el diagnóstico inicial de una fístula. Estas maniobras, acompañadas del tacto rectal y la anoscopia, permiten orientar su clasificación y guiar estudios adicionales.

Los estudios imagenológicos garantizan el diagnóstico certero de esta entidad. La resonancia magnética nuclear pélvica es el *gold standard*, indicada en toda fístula que se sospeche compleja. Presenta una precisión diagnóstica de un 93 % con respecto a los hallazgos intraoperatorios.<sup>(7,12,13)</sup> El diagnóstico de las fístulas perianales en herradura mediante fistulografía es una técnica útil, aunque hoy día ha sido en gran parte reemplazada.

Aun así, la fistulografía puede ofrecer información valiosa, ya que tiene una positividad diagnóstica en un rango de 18-87 %.<sup>(14)</sup> Además, tiene como ventajas que es una técnica accesible y económica, que puede delinear trayectos fistulosos largos y que se usa en pacientes que no pueden someterse a una resonancia magnética. Constituye una opción para aquellos lugares donde no se cuenta con la existencia de equipamiento avanzado.

Los objetivos fundamentales del tratamiento de la fístula anal son curarla, preservar la función de continencia, minimizar los defectos de cicatrización y ofrecer al paciente una recuperación rápida. Para conseguir estos objetivos, se deben seguir los siguientes principios: identificar correctamente ambos orificios fistulosos (primario y secundario), localizar e identificar adecuadamente el o los trayectos fistulosos, minimizar en lo posible la sección quirúrgica del aparato esfinteriano —sin que por ello se incremente el riesgo de recurrencia— y evitar deformidades de la piel perianal y del ano.

El tratamiento de la fístula perianal compleja es controvertido: requiere de un conocimiento anatómico preciso y de métodos auxiliares de diagnóstico para ofrecer el mejor resultado posible al enfermo.

Se concluye que una fístula en el ano compleja requiere enfoques cuidadosos, debido al alto riesgo de complicaciones y recurrencias. Por lo tanto, el correcto manejo de esta entidad trae consigo la pronta incorporación del paciente a su vida social útil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steele SR, Kumar R, Feingold DL, et al. Practice parameters for the management of perianal abscess and fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum*. 2011;54(12):1465-74. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31823122b3.
2. Charúa Guindic L. Fístula anal. *Rev Med Hosp Gen Mex [Internet]*. 2007 [citado 18/07/2025];70(2):85-92. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2007/hg072g.pdf>
3. García-Olmo D, Van Assche G, Tagarro I, et al. Prevalence of anal fistulas in Europe: systematic literature reviews and population-based database analysis. *Adv Ther*. 2019;36(12):3503-18. DOI: 10.1007/s12325-019-01117-y.
4. Caballero A, Cardozo HR, Fretes A, et al. Prevalencia y manejo de las fístulas anales: servicio de cirugía general del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. *Cienc Lat [Internet]*. 2021 [citado 11/12/2025];5(1):900-9. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/290>
5. Ruiz-Cerulla A, Rodríguez-Alonso L, Rodríguez-Moranta F, et al. A high Adalimumab induction dosing regimen achieves clinical and endoscopic remission in super-refractory ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;45(10):780-1. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2022.02.008.
6. Sohrabi M, Bahrami S, Mosalli M, et al. Perianal fistula: from etiology to treatment—a review. *Middle East J Dig Dis*. 2024;16(2):76-85. DOI: 10.34172/mejdd.2024.373.
7. Read A, Salas R. Manejo de la fístula anorrectal compleja: LIFT, colgajo de avance y otras técnicas. *Rev Cir*. 2020;72(3):250-6. DOI: 10.35687/s2452-45492020003547.
8. Moreno N, Read A, Melkonian E, et al. Ligadura interesfinteriana del trayecto fistuloso (LIFT) como alternativa de tratamiento de una fístula perianal compleja. *Rev Cir*. 2019;71(1):42-6. DOI: 10.4067/S2452-45492019000100042.
9. Lee JL, Yoon YS, Yu CS. Estrategia de tratamiento para fístulas perianales en pacientes con enfermedad de Crohn: el punto de vista del cirujano. *Ann Coloproctol*. 2021;37(1):5-15. DOI: 10.3393/ac.2021.02.08.
10. Víquez Redondo KF, Araya Cascante R, Meneses Carvajal M, et al. Fístula anal: características y tratamiento. *Rev Cienc Salud Integr Conoc*. 2024;7(3):15-20. DOI: 10.34192/cienciaysalud.v7i3.498.



11. Santacruz Bareiro ER. Experiencia en el tratamiento de las fístulas perianales complejas en un hospital público, 2018-2022. Cir Parag. 2024;48(1):21-5. DOI: 10.18004/sopaci.2024.abril.21.
12. Bartlett DJ, Nehra AK, Fletcher JG, et al. MR imaging of perianal fistulas: a review of fundamentals, complications, and post-therapy imaging. Radiol Clin North Am. 2025;63(3):447-63. DOI: 10.1016/j.rcl.2024.10.003.
13. Irshad R, Isani A. Precisión diagnóstica de la resonancia magnética para el tracto fistuloso perianal, considerando los hallazgos quirúrgicos como estándar de referencia. Pak Armed Forces Med J [Internet]. 2025 [citado 10/12/2025];75(Supl 1):S16-9. Disponible en: <https://www.pafmj.org/PAFMJ/article/view/5703>
14. Adityan R, Immanuel JP. The role of diagnostic medical imaging techniques in evaluation of perianal fistula: a review. Int J Radiol Imaging Technol. 2021;7:084. DOI: 10.23937/2572-3235.1510084.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con el artículo presentado.

