



P-014 - EXPERIENCIA DE UN CENTRO SECUNDARIO TRAS 5 AÑOS DE FILAC. NUESTROS RESULTADOS

Muñoz Bayo, Ismael¹; Pérez Dionisio, Inés¹; Villanueva Moure, Álex¹; Cañas Orellana, Miguel¹; Pérez de la Fuente, María Jesús²; Gómez Bujedo, Lourdes²

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital del S.A.S. El Tomillar (Complejo Hospitalario de Valme), Dos Hermanas.

Resumen

Introducción: El tratamiento de la fistula anal compleja (FAC) requiere de una técnica preservadora de esfínteres, sin que se haya establecido la prevalencia de ninguna de las existentes teniendo en cuenta la tasa de curación y de incontinencia fecal posquirúrgica. El cierre de fistula con láser (FiLaC) es una técnica mínimamente invasiva con escasos estudios en la bibliografía que aporten un seguimiento a largo plazo que avale los resultados.

Objetivos: Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en nuestro centro con la técnica FiLaC en nuestros primeros pacientes con un seguimiento mínimo de 1 año.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de las historias clínicas de todos los pacientes intervenidos mediante FiLaC entre el 26/11/2019 y el 25/4/2023 en un centro secundario. La indicación de FiLaC fue por FAC con riesgo de incontinencia fecal. Se recopilaron los datos de factores de riesgo para fallo del tratamiento (FRFT), caracterización de la fistula y del seguimiento en una hoja de cálculo para su análisis. La curación se definió como cierre del orificio fistuloso externo sin síntomas al año de la intervención.

Resultados: Se intervinieron 43 pacientes: edad media 51 años (DE 13 años); 53% hombres; 3 pacientes (7%) presentaban enfermedad de Crohn. Un 40% presentaban alteración previa del esfínter anal interno en las pruebas de imagen. 35 pacientes (81,4%) presentaban al menos 1 FRFT. La mayoría de los pacientes presentaban una fistula transesfinteriana a canal anal medio-alto y se habían sometido a 2-3 cirugías previas al FiLaC, principalmente exploración bajo anestesia, drenaje de abscesos, *core out*, fistulotomías y fistulectomías. Todos portaron un sedal previo al FiLaC durante una mediana de 10 meses (RQ 8-12). Al procedimiento FiLaC se asoció la sutura del orificio fistuloso interno (OFI) en el 65% de los casos. No hubo complicaciones intraoperatorias y todos los pacientes fueron dados de alta en régimen de CMA. En 1 caso hubo que recolocar el sedal en los primeros 30 días por dolor intenso, siendo esta la única complicación Clavien-Dindo 3a. En 16 casos (37,5%) se observó la curación al año de la intervención, pero en 2 se observó recidiva, quedando una tasa de curación definitiva de 32,6%. De los 29 pacientes con fracaso de la terapia, por persistencia de la fistula o por recidiva, 24 (82,8%) presentaban al menos un FRFT. Se practicaron 16 reintervenciones con intención curativa, de las cuales 8 (50%) resultaron efectivas. Se realizaron 3 re-FiLaC que no fueron efectivos. La sutura del OFI se distribuyó equitativamente entre curados y

no curados. En 3 de los pacientes (7%) se observó un aumento de la incontinencia previa al FiLaC de 5-6 puntos en la escala WEXNER, estable en las revisiones.

Conclusiones: La terapia FiLaC es una técnica preservadora de esfínteres segura y apta para CMA, pero con una discreta tasa de éxito ante fistulas complejas y multirrecidivadas. En los pacientes reintervenidos, FiLaC podría haber contribuido a la curación. Es preciso un estudio analítico para extraer conclusiones sobre el perfil del paciente óptimo que se beneficiará de esta técnica.