

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

<https://doi.org/10.35381/s.v.v10i2.5247>

Lift frente a tropis en la fístula anal criptoglandular compleja: Evidencia clínica y resultados terapéuticos

Lift Versus Tropis in Complex Cryptoglandular Anal Fistula: Clinical Evidence and Treatment Outcomes

Carlos Adolfo Lange-García

aldolfolangeg@gmail.com

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Portoviejo, Manabí
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-7463-5581>

César Augusto Álvarez-Zevallos

caesarsama3@gmail.com

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Portoviejo, Manabí
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0000-5386-2577>

Néstor Kevin Moreira-Toala

doc_thor_nm@hotmail.com

Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Portoviejo, Manabí
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0005-5970-201X>

Andrea Michelle Zamora-Balda

andreamichellezamora@outlook.com

Solca, Portoviejo, Manabí
Ecuador

Recepción: 07 de abril 2026

Revisado: 16 de abril 2026

Aprobación: 15 de mayo 2026

Publicado: 01 de julio 2026

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

RESUMEN

La fístula anal criptoglandular se origina habitualmente a partir de infección de las glándulas anales y se extiende desde el canal anal hacia los tejidos perianales. **Objetivos:** El objetivo fue analizar críticamente Lift frente a tropis en la fístula anal criptoglandular compleja: Evidencia clínica y resultados terapéuticos. **Métodos:** Se realizó una revisión estructurada en PubMed/MEDLINE, complementada con guías ASCRS, ESCP y AWMF, referencias y publicaciones primarias. Se priorizaron fístulas transesfintéricas altas o complejas, metaanálisis, cohortes prolongadas y comparaciones directas, evitando mezclar variantes de TROPIS o casos de enfermedad de Crohn. **Resultados:** El TROPIS muestra resultados prometedores y ofrece una lógica especialmente atractiva en fístulas altas y complejas, pero la evidencia directa frente a LIFT es insuficiente, las tasas de curación disminuyen en algunas validaciones externas con seguimiento prolongado y la evaluación funcional sigue siendo imperfecta. **Conclusiones:** El TROPIS debe considerarse una evolución conceptual importante, no un reemplazo demostrado de LIFT.

Descriptores: Fístula rectal; glándulas anales; infección focal. (Fuente: DeCS).

ABSTRACT

The cryptoglandular anal fistula usually originates from an infection of the anal glands and extends from the anal canal into the perianal tissues. **Objectives:** The objective was to critically analyze Lift versus Tropis in complex cryptoglandular anal fistulas: Clinical evidence and therapeutic outcomes. **Methods:** A structured review was conducted in PubMed/MEDLINE, supplemented with ASCRS, ESCP, and AWMF guidelines, references, and primary publications. Priority was given to high or complex transsphincteric fistulas, meta-analyses, long-term cohorts, and direct comparisons, while avoiding the inclusion of TROPIS variants or cases of Crohn's disease. **Results:** TROPIS shows promising results and offers a particularly attractive rationale for high and complex fistulas, but direct evidence comparing it to LIFT is insufficient; cure rates decrease in some external validations with long-term follow-up; and functional assessment remains imperfect. **Conclusions:** TROPIS should be considered a significant conceptual advancement, not a proven replacement for LIFT.

Descriptors: Rectal fistula; anal glands; focal infection. (Source: DeCS).

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

INTRODUCCIÓN

La fístula anal criptoglandular se origina habitualmente a partir de infección de las glándulas anales y se extiende desde el canal anal hacia los tejidos perianales. Su dificultad quirúrgica depende, en gran medida, de la relación del trayecto con los esfínteres. La clasificación de Parks continúa siendo un marco anatómico útil para distinguir fístulas interesfintéricas, transesfintéricas, supraesfintéricas y extraesfintéricas ¹. En las fístulas simples y bajas, la fistulotomía puede ofrecer alta probabilidad de curación; en cambio, cuando una proporción relevante del esfínter externo está involucrada, dividir el trayecto puede comprometer la continencia. Por ello, las guías contemporáneas favorecen técnicas preservadoras del esfínter en fístulas altas o complejas ^{2 4}.

Dentro de estas estrategias, LIFT y TROPIS comparten un objetivo -controlar la fístula sin seccionar el esfínter externo de forma deliberada-, pero parten de principios quirúrgicos diferentes. LIFT accede al plano interesfintérico para identificar, ligar y dividir el trayecto ^{2 5 6}. TROPIS, descrita una década después, abre transanalmente el componente interesfintérico junto con el orificio interno y lo convierte en una herida drenada que cicatriza por segunda intención, preservando el esfínter externo ⁴.

La expansión reciente de TROPIS ha generado una pregunta clínicamente relevante: ¿estamos ante una verdadera evolución que puede desplazar a LIFT o ante una técnica prometedora cuya evidencia aún no permite establecer superioridad? Esta revisión compara ambas estrategias sin asumir de antemano que la técnica más nueva sea mejor. El interés se centra en la curación durable, la recurrencia, la continencia y las diferencias anatómicas de las poblaciones tratadas.

MÉTODO

Se realizó una revisión narrativa comparativa con búsqueda estructurada de literatura. La búsqueda principal se actualizó el 9 de agosto de 2026 en PubMed/MEDLINE utilizando

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

combinaciones de los términos “anal fistula”, “cryptoglandular”, “complex fistula”, “transsphincteric”, “ligation of intersphincteric fistula tract”, “LIFT”, “transanal opening of intersphincteric space”, “TROPIS”, “healing”, “recurrence”, “continence” y “incontinence”. Se complementó con las guías de práctica clínica de la American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), European Society of Coloproctology (ESCP) y la guía alemana S3/AWMF de 2026, además de rastreo de referencias de artículos clave ^{2 4}.

Se priorizaron estudios en adultos con fístula anal criptoglandular transesfintérica alta o compleja, estudios primarios de LIFT o TROPIS, cohortes con seguimiento prolongado, revisiones sistemáticas/metaanálisis y estudios comparativos. Los estudios de enfermedad de Crohn se utilizaron solo cuando formaban parte de síntesis históricas y sus resultados no se extrapolaron automáticamente a la enfermedad criptoglandular. No se realizó metaanálisis propio ni se aplicó una herramienta formal de riesgo de sesgo, por lo que las diferencias numéricas se interpretan en relación con el diseño, la anatomía fistulosa, el tratamiento previo y la duración del seguimiento. Asimismo, se consideró que una tasa de curación temprana no equivale necesariamente a curación durable: los estudios con seguimiento corto se interpretaron con menor peso cuando existían cohortes con evaluación al año o más.

RESULTADOS

El problema anatómico: controlar la sepsis sin pagar con continencia

La fístula compleja no es solo un tubo entre dos orificios. Puede incluir cavidades, abscesos, trayectos secundarios y extensiones en herradura o supralevatorianas. El espacio interesfintérico es especialmente relevante porque allí se originan las glándulas criptoglandulares y puede persistir un foco séptico que alimente la enfermedad. El fracaso quirúrgico puede ocurrir tanto por no controlar ese foco como por tratarlo mediante una división muscular excesiva. ASCRS considera complejas, entre otras, las fístulas transesfintéricas que involucran más de aproximadamente 30% del esfínter externo,

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

además de las supraesfintéricas, extraesfintéricas, en herradura y determinadas situaciones con mayor riesgo funcional ². Esta definición explica por qué una misma técnica no resulta adecuada para todos los trayectos y por qué una comparación LIFT-TROPIS solo es válida cuando las anatomías tratadas son razonablemente equivalentes.

LIFT: interrupción del trayecto en el plano interesfintérico

El LIFT fue introducida por Rojanasakul y colaboradores en 2007 y posteriormente estandarizada como un abordaje interesfintérico destinado a preservar los esfínteres ^{5 6}. La operación identifica el trayecto en el plano entre el esfínter interno y el externo; el conducto se liga a ambos lados y se divide. El componente externo puede curetearse o tratarse según la variante técnica. El propósito es interrumpir la comunicación con el orificio interno sin realizar una fistulotomía que atraviese el esfínter externo. El uso previo de un setón de drenaje es frecuente cuando existe sepsis activa o se desea facilitar la identificación del trayecto. Sin embargo, la guía ASCRS señala que, aunque el setón puede inducir fibrosis y facilitar técnicamente la LIFT, no se ha demostrado de forma consistente que aumente su tasa de éxito ².

El LIFT cuenta con una base bibliográfica mayor que TROPIS. La guía ASCRS mantiene una recomendación fuerte, basada en evidencia de calidad moderada, para su uso en fístulas transesfintéricas ². El metaanálisis actualizado de Emile et al., utilizado por esa guía, reunió 1.378 procedimientos y estimó un éxito global cercano al 76%, una tasa global de complicaciones del 14% y una incontinencia fecal de 1,4%^{2 7}. No obstante, la curación informada en series individuales es muy variable, y anatomía en herradura, cirugía fistulosa previa y determinadas etiologías se han relacionado con mayor fracaso. La madurez de la técnica tampoco elimina incertidumbres funcionales. Una cohorte neerlandesa de 110 pacientes, muchos de ellos previamente operados y con alta utilización de setón, informó una curación primaria de solo 28% y detectó deterioro de continencia en el seguimiento prolongado ⁸. Ese resultado no debe generalizarse a todos

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

los pacientes con LIFT porque se trataba de una población de referencia altamente pretratada y porque la evolución funcional estuvo expuesta a intervenciones posteriores. Sin embargo, cuestionó la idea de que 'preservar el esfínter' pueda darse por demostrado únicamente porque la técnica evita una fistulotomía.

Una revisión de alcance publicada en 2025 examinó 42 estudios de LIFT y mostró el problema metodológico con mayor claridad: solo tres eran ensayos aleatorizados, únicamente seis emplearon mediciones objetivas de continencia y ninguno realizó una evaluación anatómica posoperatoria del complejo esfinteriano ⁹. Por tanto, la baja tasa de incontinencia publicada debe interpretarse junto con la limitada calidad de su medición.

Los resultados de seguimiento prolongado no son uniformemente desfavorables. En 2025, una cohorte retrospectiva de dos centros incluyó 82 pacientes con fístulas transesfintéricas altas que involucraban al menos un tercio del esfínter externo ¹⁰. Cinco pacientes (6,1%) se perdieron durante el seguimiento; con una mediana de 85,5 meses, 62 pacientes tuvieron éxito y 15 presentaron fracaso entre los evaluables, sin complicaciones intraoperatorias o posoperatorias reportadas. Esta experiencia contrasta con la cohorte neerlandesa y confirma que la anatomía, el grado de pretratamiento y la selección del paciente modifican de forma importante los resultados de LIFT.

Una revisión sistemática con metaanálisis en red publicada en 2025 aportó una perspectiva adicional sobre la madurez de LIFT ¹¹. En 49 estudios y 3.520 pacientes que comparaban LIFT, VAAFT, FiLaC y flap endoanal, la tasa agrupada de fracaso de LIFT fue 28,6% (rango 3,8-75) con seguimiento medio de 35,4 meses, y la alteración de continencia fue 1,5%. La mayoría de los estudios eran retrospectivos u observacionales y existía heterogeneidad considerable. Este análisis no incluyó TROPIS, por lo que no puede utilizarse como comparación indirecta suficiente entre ambas técnicas; sí demuestra que incluso para LIFT persiste variabilidad importante pese a una literatura más madura.

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

TROPIS: Abrir el foco interesfintérico para convertirlo en una herida drenada

TROPIS fue descrita por Garg en 2017 para fístulas altas y complejas ¹². En lugar de ligar el componente interesfintérico, la técnica abre transanalmente el trayecto y el orificio interno hacia el canal anal, de modo que el espacio potencialmente séptico deja de comportarse como una cavidad cerrada. El esfínter externo se conserva; el componente externo se drena y/o curetea según la anatomía y la variante empleada ^{4 12}. Esta diferencia es el núcleo del debate. LIFT busca aislar e interrumpir el conducto. TROPIS asume que, en una fístula compleja, un componente interesfintérico cerrado puede comportarse como un absceso crónico y que su apertura facilita el drenaje y la cicatrización. Por ello, TROPIS no debe describirse simplemente como una 'LIFT más nueva': modifica la estrategia de control de la sepsis.

También existe una precisión terminológica importante. TROPIS suele denominarse preservadora del esfínter porque evita la división del esfínter externo; sin embargo, el deroofting transanal abre el componente interesfintérico y los tejidos que lo recubren ^{4 12}. Por ello, resulta más exacto afirmar que la técnica preserva deliberadamente el esfínter externo y evaluar la preservación funcional mediante continencia, en vez de inferirla únicamente de la etiqueta 'sphincter-sparing'. La magnitud exacta de la intervención sobre el esfínter interno depende de la variante técnica y se vuelve especialmente explícita en la TROPIS modificada, que se analizará en la comparación directa.

De las series iniciales a la validación externa

La serie inicial de 2017 informó resultados favorables en 61 pacientes con fístulas altas y complejas ¹². Posteriormente, Garg, Kaur y Menon publicaron una cohorte de 325 casos con seguimiento prolongado, que incluyó fístulas en herradura, trayectos múltiples, abscesos asociados y extensiones supraleatorias ¹³. La guía alemana S3 de 2026 resume esa experiencia con una tasa media de curación aproximada de 78% y cambios

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

mínimos en continencia, pero subraya que la evaluación global de TROPIS sigue limitada por la cantidad y calidad de la evidencia ⁴.

La técnica ha sido reproducida por otros grupos ^{14 15}. Las síntesis cuantitativas recientes son alentadoras: un metaanálisis de 2024 informó una curación final agrupada cercana al 89% y escasa variación de las puntuaciones de continencia ¹⁶, mientras que otro metaanálisis de 2025, restringido a seis estudios y 499 pacientes con fístulas altas complejas, estimó una curación tras una primera intervención de 80% y una curación final de 89% ¹⁷. Sin embargo, ambos resultados derivan principalmente de estudios no aleatorizados y no pueden equipararse a evidencia de superioridad frente a LIFT.

La validación externa muestra una imagen menos uniforme. Una cohorte española de 23 pacientes con fístula compleja criptoglandular -78,3% recurrentes y con una media de 3,3 intervenciones previas- mostró curación completa de 82,6% al mes, pero solo 55,6% a los 12 meses; la continencia se modificó en 8,7% ¹⁸. En otra serie independiente de 28 pacientes, con seguimiento medio cercano a 680 días, no hubo recurrencias durante los primeros 90 días, pero posteriormente nueve pacientes (32,1%) recurrieron. Se comunicaron síntomas leves de incontinencia en 42,9% durante el periodo posoperatorio temprano y persistencia de síntomas leves en cinco pacientes (17,8%) a largo plazo, sin incontinencia mayor ¹⁹. Estas cohortes resaltan que la curación y la seguridad funcional pueden parecer menos favorables cuando se prolonga el seguimiento.

¿Existe evidencia directa de superioridad?

La evidencia que compara directamente ambas técnicas sigue siendo escasa. En 2025, Zhang et al. compararon retrospectivamente 36 pacientes tratados con TROPIS modificada entre 2020 y 2023 con una cohorte histórica de 24 pacientes sometidos a LIFT entre 2011 y 2013 ²⁰. A los controles de 8 y 14 meses no se registraron recurrencias ni incontinencia fecal en los 36 pacientes de TROPIS modificada; en la cohorte LIFT ocurrieron cinco recurrencias en 24 pacientes (20,8%) y tampoco se comunicó

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

incontinencia. El artículo reportó una diferencia estadísticamente significativa, pero la comparación no fue aleatorizada ni contemporánea: todos los pacientes LIFT habían recibido setón previo, las cohortes pertenecían a épocas distintas y nueve pacientes TROPIS tenían absceso isquiorrectal asociado. Por tanto, el estudio genera una señal favorable a TROPIS modificada, no una estimación causal de superioridad.

Un metaanálisis comparativo publicado en 2025 reunió 24 estudios y 2.813 pacientes y encontró resultados globales favorables a TROPIS frente a tratamientos convencionales²¹. Sin embargo, la categoría comparadora agrupó procedimientos heterogéneos -entre ellos LIFT, flap de avance, fistulotomía, setón y otras técnicas- y los propios autores calificaron globalmente baja la calidad de la evidencia incluida. Por ello, los estimadores agrupados de recurrencia, incontinencia o complicaciones no pueden interpretarse como una comparación limpia TROPIS frente a LIFT.

Tabla 1.

Comparación conceptual y técnica entre LIFT y TROPIS.

Dimensión	LIFT	TROPIS	Implicación clínica
Principio	Ligar y dividir el trayecto interesfintérico.	Abrir transanalmente el componente interesfintérico y drenarlo.	Cierre/interrupción frente a deroofing/drenaje.
Acceso	Incisión en el surco interesfintérico.	Acceso desde el canal anal.	Exposición anatómica diferente.
Orificio interno	Se interrumpe la comunicación mediante ligadura/división.	Se incorpora a la apertura transanal.	El mecanismo de control del foco interno es opuesto.
Esfínter externo	Se intenta preservar.	Se preserva deliberadamente.	Ambas buscan evitar fistulotomía transesfinteriana amplia.

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

Dimensión	LIFT	TROPIS	Implicación clínica
Esfínter interno	La técnica clásica intenta minimizar su lesión.	El deroofing puede incidir la porción del esfínter interno que recubre el trayecto; el esfínter externo se preserva.	“Preservadora del esfínter” no equivale a ausencia de lesión muscular ni garantiza continencia.
Setón previo	Puede usarse; no se ha demostrado que aumente de forma consistente el éxito.	No es requisito universal; algunas variantes se plantean como procedimiento de una etapa incluso con absceso.	El grado de sepsis y la estrategia de drenaje influyen en la selección.
Población típica en la literatura	Principalmente fístula transesfintérica; guías favorecen casos nuevos y seleccionados.	Frecuentemente fístulas altas/complejas, herradura, ramas o abscesos.	Las tasas brutas de curación no son directamente comparables.
Fallo teórico	Persistencia de sepsis, ramas no tratadas, dehiscencia o reapertura del trayecto.	Apertura insuficiente, drenaje incompleto o extensión no reconocida.	La anatomía y la calidad del control séptico pueden importar más que el nombre de la técnica.

Elaboración: Los autores.

Esta diferencia es crucial: una ventaja de TROPIS frente a una mezcla de comparadores no demuestra que sea mejor que LIFT en una fístula transesfintérica anatómicamente equivalente. Además, el artículo comparativo directo contiene una inconsistencia aritmética en el porcentaje atribuido a 19 cierres entre 24 pacientes LIFT; esta revisión conserva los recuentos absolutos verificables -cinco recurrencias de 24- y evita reproducir ese porcentaje erróneo ²⁰. Un ensayo comparativo robusto debería utilizar cohortes contemporáneas y estratificar, como mínimo, por altura del trayecto, porcentaje de

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

esfínter externo involucrado, herradura, absceso, cirugía previa, continencia basal y uso de setón.

Curación y recurrencia: El tiempo de seguimiento cambia la respuesta

Uno de los principales problemas de esta literatura es la definición de éxito. Un orificio externo cerrado a las cuatro u ocho semanas puede reabrirse meses después si persiste enfermedad en profundidad. La cohorte española de TROPIS ilustra este fenómeno: la curación completa descendió desde 82,6% al primer mes hasta 55,6% al año ¹⁸. Del mismo modo, la cohorte de 28 pacientes con seguimiento prolongado no presentó recurrencias en los primeros 90 días, pero acumuló una recurrencia de 32,1% posteriormente ¹⁹. LIFT presenta el mismo problema de heterogeneidad temporal. Las síntesis ofrecen tasas globales razonables, pero estudios con seguimiento prolongado han comunicado resultados más modestos ^{7 8}. Por ello, comparar una serie de TROPIS con seguimiento de seis meses con una cohorte LIFT de varios años puede favorecer artificialmente a la primera. En una comparación válida, la curación debería definirse de forma uniforme, confirmarse clínicamente y, cuando la anatomía lo justifique, apoyarse en imagen, con seguimiento suficiente para detectar recurrencias tardías.

Continencia: ¿Qué significa realmente 'preservar el esfínter'?

La preservación de continencia es un objetivo tan importante como la curación. ASCRS cita una tasa de incontinencia de 1,4% en el metaanálisis de LIFT ^{2 7}, pero la revisión de alcance de 2025 mostró que la mayoría de los estudios no utilizó mediciones objetivas ni protocolos funcionales homogéneos ⁹. Esto obliga a diferenciar entre ausencia de incontinencia reportada y demostración robusta de preservación funcional. Para TROPIS ocurre una dificultad similar. Las series originales y los metaanálisis informan cambios pequeños en continencia ^{4 13 16 17}, pero las validaciones externas aportan una señal más matizada. La cohorte española detectó alteración de continencia en 8,7% ¹⁸, y la serie de

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

2026 registró síntomas leves tempranos en 42,9%, con persistencia leve en 17,8% a largo plazo y sin incontinencia mayor ¹⁹. Además, la TROPIS modificada implica incisión parcial del esfínter interno, aunque preserve el externo ²⁰. En consecuencia, tampoco en TROPIS debe asumirse preservación funcional únicamente por la técnica: se requieren mediciones basales y longitudinales con instrumentos validados.

Setón, absceso y cirugía en una o dos etapas

La presencia de absceso o sepsis activa modifica la estrategia. En LIFT, muchos cirujanos utilizan un setón de drenaje previo para controlar la infección y facilitar la identificación del trayecto. ASCRS señala que esta práctica puede favorecer fibrosis y facilitar técnicamente la operación, pero no ha demostrado de forma consistente aumentar el éxito ². En contraste, la cohorte neerlandesa de seguimiento prolongado encontró una asociación entre setón preoperatorio y mayor curación primaria (33% frente a 9%) ⁸; al ser un hallazgo observacional en una población altamente pretratada, no debe convertirse en una recomendación causal. Parte del atractivo de TROPIS es que abre directamente el compartimento interesfintérico y puede plantearse como procedimiento de una etapa en algunos pacientes con absceso; la TROPIS modificada de Zhang et al. fue diseñada con ese propósito ²⁰. Sin embargo, esta ventaja teórica no puede extrapolarse a todas las fístulas. Un absceso extenso, una herradura posterior, una extensión supralevatoria o múltiples ramificaciones pueden requerir drenajes adicionales o una estrategia escalonada. La elección entre LIFT y TROPIS debe partir del mapa anatómico de la sepsis y no de una preferencia universal por una técnica.

Posición de las guías y madurez de la evidencia

Las guías actuales ayudan a ubicar el grado de madurez de ambas técnicas. ASCRS mantiene LIFT como una opción recomendada para fístulas transesfintéricas, con recomendación fuerte y evidencia moderada ². La guía ESCP considera LIFT una opción

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

preferente para fístulas transesfintéricas altas de nueva aparición, aunque reconoce que la evidencia que sustenta varias decisiones sigue siendo de bajo nivel³. La guía alemana S3 actualizada en 2026 es particularmente útil para esta comparación: describe LIFT como una opción terapéutica basada en evidencia para fístulas altas transesfintéricas, mientras que clasifica TROPIS como una técnica nueva para fístulas criptoglandulares complejas y proximales cuya evaluación definitiva todavía no es posible por la escasez de publicaciones robustas y de resultados a largo plazo⁴. Este contraste resume el estado actual del campo: TROPIS es prometedora, pero aún no posee la misma madurez de validación.

DISCUSIÓN

La principal aportación de TROPIS no es simplemente una nueva incisión, sino una reformulación del objetivo dentro del plano interesfintérico. LIFT considera que el control del trayecto puede lograrse mediante ligadura y división; TROPIS prioriza que el componente séptico profundo permanezca ampliamente abierto y drenado. Esta diferencia puede ser particularmente relevante en fístulas con cavidades, ramas o enfermedad proximal, donde el simple cierre de una comunicación puede ser insuficiente si persiste sepsis.

Ese fundamento explica por qué algunos cirujanos están incorporando TROPIS en escenarios complejos. Sin embargo, una plausibilidad anatómica fuerte no sustituye la comparación clínica. La historia de la cirugía de fístula contiene múltiples técnicas con resultados iniciales excelentes que posteriormente disminuyeron con validación externa y seguimiento más prolongado. La reducción de la curación al año en la cohorte española y la recurrencia tardía en la serie de 2026 son recordatorios de este fenómeno^{18 19}.

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

Tabla 2.
Evidencia seleccionada para interpretar LIFT y TROPIS.

Fuente	Diseño/población	Resultado útil	Lectura crítica	Técnica
Emile et al., 2020 ⁷	Metaanálisis; 1.378 LIFT	Éxito global ~76%; complicaciones 14%; incontinencia 1,4%.	Alta heterogeneidad de estudios y anatomías.	LIFT
van Oostendorp et al., 2024 ⁸	Cohorte; 110 LIFT; seguimiento prolongado	Curación primaria 28%; señal de deterioro funcional.	Población altamente pretratada; confusión por reintervenciones.	LIFT
Tan et al., 2025 ⁹	Scoping review; 42 estudios	Solo 6 usaron evaluación objetiva de continencia; ninguna evaluación anatómica posoperatoria.	Cuestiona la solidez de la etiqueta 'sphincter-preserving'.	LIFT
Zhang et al., 2025 ¹⁰	Dos centros; 82 LIFT en fístulas transesfintéricas altas	Mediana FU 85,5 meses; 62 éxitos, 15 fracasos entre 77 evaluables; 5 pérdidas.	Contrasta con cohortes de referencia; selección y pretratamiento condicionan resultados.	LIFT
Fuschillo et al., 2025 ¹¹	Revisión sistemática/NMA; 49 estudios, 3.520 pacientes	Fracaso LIFT 28,6%; alteración de continencia 1,5%.	No incluye TROPIS; predominio observacional y heterogeneidad.	LIFT

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

Fuente	Diseño/población	Resultado útil	Lectura crítica	Técnica
Garg et al., 2021 ¹³	Cohorte; 325 fistulas altas/complejas	Cohorte amplia; la guía S3 resume curación alrededor de 78% con cambios mínimos de continencia.	Centro/autor desarrollador; población muy compleja y técnica específica.	TROPIS
Reyes-Díaz et al., 2025 ¹⁸	Cohorte; 23 complejas; 78,3% recurrentes	Curación 82,6% a 1 mes y 55,6% a 12 meses; continencia alterada 8,7%.	Muestra pequeña pero valiosa como validación externa y por seguimiento.	TROPIS

Elaboración: Los autores.

Tabla 3.

Evidencia seleccionada para interpretar LIFT y TROPIS.

Fuente	Diseño/población	Resultado útil	Lectura crítica	Técnica
Zhou et al., 2025 ¹⁷	Metaanálisis; 6 estudios, 499 pacientes	Curación tras primera intervención 80%; curación final 89%.	Seis estudios, 499 pacientes; predominio no aleatorizado y curación final puede incluir reintervención.	TROPIS
Zhang et al., 2025 ²⁰	Retrospectivo; 36 TROPIS modificada vs 24 LIFT históricos	0/36 recurrencias en TROPIS modificada vs 5/24 en LIFT histórico; continencia mantenida en ambos grupos.	Control histórico, eras y manejo preoperatorio distintos; no demuestra superioridad.	Directa

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

Fuente	Diseño/población	Resultado útil	Lectura crítica	Técnica
Pehlevan-Özel et al., 2026 ¹⁹	Cohorte; 28 TROPIS; FU medio ~680 días	Recurrencia tardía 32,1%; síntomas leves de incontinencia 42,9% tempranos y 17,8% persistentes; sin incontinencia mayor.	Serie independiente pequeña; muestra la importancia del seguimiento largo.	TROPIS
AWMF S3, 2026 ⁴	Guía basada en evidencia/consenso	LIFT: opción establecida; TROPIS: evaluación definitiva aún no posible.	Posiciona la madurez relativa de la evidencia.	Ambas

Elaboración: Los autores.

En consecuencia, la discusión no debe formularse como 'técnica antigua contra técnica nueva'. La pregunta más útil es qué anatomía y qué patrón de sepsis favorecen un mecanismo de ligadura frente a uno de apertura. Es plausible que LIFT conserve un papel en fístulas transesfintéricas lineales y seleccionadas, mientras que TROPIS resulte especialmente atractiva cuando existe un componente interesfintérico amplio o complejo. Esa hipótesis requiere validación prospectiva.

Las series de TROPIS suelen concentrar fístulas más complejas -herradura, recurrencias, abscesos, extensiones supraleatorias-, mientras que las recomendaciones europeas de LIFT enfatizan fístulas transesfintéricas nuevas y seleccionadas^{3 4}. Comparar porcentajes brutos sin ajustar por anatomía puede castigar injustamente a TROPIS por tratar enfermedad más difícil o, en sentido opuesto, favorecerla cuando las series proceden de centros altamente especializados.

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

Los futuros estudios deben estratificar por altura, porcentaje de esfínter externo atravesado, localización del orificio interno, presencia de absceso, herradura, trayectos secundarios, número de operaciones previas y continencia basal. También deben separar éxito después de una sola intervención de curación final obtenida tras procedimientos adicionales.

Ambas técnicas suelen presentarse como preservadoras del esfínter, pero esa denominación debe utilizarse con precisión. En LIFT, la revisión de alcance de 2025 mostró escasez de mediciones objetivas y ausencia de evaluación anatómica posoperatoria sistemática⁹. En TROPIS, el esfínter externo se conserva deliberadamente, pero el deroofing puede incidir parte del esfínter interno²⁰ y las cohortes independientes han descrito alteraciones leves de continencia¹⁸. Por ello, 'preservar el esfínter' debe entenderse como una intención anatómica, no como demostración automática de función preservada.

Una comparación de alta calidad debería registrar Wexner/Cleveland Clinic o instrumentos equivalentes antes de la operación y en varios momentos posteriores, complementados por medidas objetivas en subgrupos. Sin esta información, una diferencia pequeña en recurrencia podría comprarse a costa de un resultado funcional que la literatura no detecta bien.

A la fecha de esta revisión, TROPIS puede considerarse una técnica emergente con fundamento fisiopatológico coherente y señales de eficacia suficientemente fuertes para justificar investigación comparativa y uso por equipos con experiencia. No obstante, declarar un cambio de paradigma implicaría demostrar que ofrece una ventaja reproducible sobre las técnicas establecidas en poblaciones comparables y con seguimiento prolongado. Ese nivel de evidencia todavía no existe.

Esta es una revisión narrativa con búsqueda estructurada y no una revisión sistemática; por ello no se realizó una evaluación formal del riesgo de sesgo ni una síntesis cuantitativa propia. La literatura de TROPIS es reciente y presenta concentración

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

geográfica, múltiples variantes técnicas y un número limitado de comparaciones independientes. En LIFT, la abundancia de estudios no elimina la heterogeneidad en selección, definición de curación, empleo de setón y medición de continencia.

Además, la comparación entre ambas técnicas está limitada por diferencias basales de anatomía fistulosa. Los resultados de fístulas de Crohn, rectovaginales o de etiología no criptoglandular no deben extrapolarse a esta revisión. Finalmente, el rápido ritmo de publicación de TROPIS hace posible que nuevos estudios prospectivos modifiquen la interpretación actual en un plazo relativamente corto.

CONCLUSIONES

LIFT y TROPIS persiguen el mismo objetivo clínico -curar una fístula compleja con la menor carga funcional posible-, pero aplican estrategias opuestas en el espacio interesfintérico. LIFT liga y divide el trayecto en ese plano; TROPIS abre el componente interesfintérico hacia el canal anal para favorecer drenaje y cicatrización. TROPIS preserva de forma deliberada el esfínter externo, aunque algunas variantes implican incisión parcial del esfínter interno. LIFT continúa siendo una técnica vigente y respaldada por guías para fístulas transesfintéricas seleccionadas. TROPIS muestra resultados prometedores y ofrece una lógica especialmente atractiva en fístulas altas y complejas, pero la evidencia directa frente a LIFT es insuficiente, las tasas de curación disminuyen en algunas validaciones externas con seguimiento prolongado y la evaluación funcional sigue siendo imperfecta. Por tanto, TROPIS debe considerarse una evolución conceptual importante, no un reemplazo demostrado de LIFT. La pregunta para los próximos estudios no debería ser simplemente cuál técnica tiene el porcentaje de curación más alto, sino qué paciente, con qué anatomía y qué patrón de sepsis obtiene la mayor probabilidad de curación durable con la menor carga funcional.

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. Br J Surg. 1976;63(1):1-12. <https://n9.cl/xciat>
2. Gaertner WB, Burgess PL, Davids JS, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. Dis Colon Rectum. 2022;65(8):964-985. [doi:10.1097/DCR.0000000000002473](https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002473)
3. Reza L, Gottgens K, Kleijnen J, et al. European Society of Coloproctology: Guidelines for diagnosis and treatment of cryptoglandular anal fistula. Colorectal Dis. 2024;26(1):145-196. [doi:10.1111/codi.16741](https://doi.org/10.1111/codi.16741)
4. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). S3-Leitlinie Kryptoglanduläre Analfisteln. Version 3.1. AWMF-Registernummer 088-003. Stand 28.04.2026. <https://n9.cl/7bf4y>
5. 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. 2007;90(3):581-586. <https://n9.cl/s2r9qt>
6. Rojanasakul A. LIFT procedure: a simplified technique for fistula-in-ano. Tech Coloproctol. 2009;13(3):237-240. <https://n9.cl/7pgc6>
7. Emile SH, Khan SM, Adejumo A, Koroye O. Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) in treatment of anal fistula: an updated systematic review, meta-analysis, and meta-regression of the predictors of failure. Surgery. 2020;167(2):484-492. [doi:10.1016/j.surg.2019.09.012](https://doi.org/10.1016/j.surg.2019.09.012)

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

8. Van Oostendorp JY, Verkade C, Han-Geurts IJM, van der Mijnsbrugge GJH, Wasowicz-Kemps DK, Zimmerman DDE. Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) for trans-sphincteric cryptoglandular anal fistula: long-term impact on faecal continence. *BJS Open*. 2024;8(3): zrae055. [doi:10.1093/bjsopen/zrae055](https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae055)
9. Tan IJW, Siew BE, Lau J, et al. Is the ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) procedure truly a sphincter preserving procedure for anal fistula? A scoping review of the literature. *Eur J Med Res*. 2025; 30:243. <https://n9.cl/kelcw>
10. Zhang L, Zhan C, Li L, Shao W, Sun G, Chen Y, Chen G, Lang Y, Xiao Z, Xiao X. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT) for high transsphincteric fistulas: a double-center retrospective study with long-term follow-up. *Ann Coloproctol*. 2025;41(1):77-83. [doi:10.3393/ac.2024.00024.0003](https://doi.org/10.3393/ac.2024.00024.0003). PMID:39818537
11. Fuschillo G, Pata F, D'Ambrosio M, Selvaggi L, Pescatori M, Selvaggi F, Pellino G. Failure rates and complications of four sphincter-sparing techniques for the treatment of fistula-in-ano: a systematic review and network meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2025; 29:116. [doi:10.1007/s10151-025-03152-0](https://doi.org/10.1007/s10151-025-03152-0). PMID:40392371.
12. Garg P. Transanal opening of intersphincteric space (TROPIS): a new procedure to treat high complex anal fistula. *Int J Surg*. 2017; 40:130-134. [doi:10.1016/j.ijsu.2017.02.095](https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2017.02.095)
13. Garg P, Kaur B, Menon GR. Transanal opening of the intersphincteric space: a novel sphincter-sparing procedure to treat 325 high complex anal fistulas with long-term follow-up. *Colorectal Dis*. 2021;23(5):1213-1224. [doi:10.1111/codi.15555](https://doi.org/10.1111/codi.15555)
14. Li YB, Chen JH, Wang MD, et al. Transanal Opening of Intersphincteric Space for Fistula-in-Ano. *Am Surg*. 2022;88(6):1131-1136. [doi:10.1177/0003134821989048](https://doi.org/10.1177/0003134821989048)
15. Mishra S, Thakur DS, Somashekar U, Verma A, Sharma D. The management of complex fistula in ano by transanal opening of the intersphincteric space (TROPIS): short-term results. *Ann Coloproctol*. 2024;40(5):474-480. [doi:10.3393/ac.2022.01018.0145](https://doi.org/10.3393/ac.2022.01018.0145)
16. Wang C, Huang T, Wang X. Efficacy and safety of transanal opening of intersphincteric space in the treatment of high complex anal fistula: a meta-analysis. *Exp Ther Med*. 2024; 28:306. [doi:10.3892/etm.2024.12595](https://doi.org/10.3892/etm.2024.12595)
17. Zhou P, Lu J, Sun Y, Wang J. Transanal Opening of Intersphincteric Space (TROPIS) treatment for high complex anal fistula: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2025;111(10):7301-7311. [doi:10.1097/JS9.0000000000002880](https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000002880)

Carlos Adolfo Lange-García; César Augusto Álvarez-Zevallos; Néstor Kevin Moreira-Toala

18. Reyes Díaz ML, Hinojosa-Ramirez F, Ramallo Solís IM, et al. Results at one year of the TROPIS technique in the treatment of complex anal fistula. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2025;103(3):135-142. [doi:10.1016/j.cireng.2024.12.001](https://doi.org/10.1016/j.cireng.2024.12.001)
19. Pehlevan-Özel H, Yurdakul ZN, Martlı HF, et al. TROPIS Procedure in Complex Anal Fistulas: Single-Center Long-Term Results. *ANZ J Surg*. 2026;96(3):556-561. <https://n9.cl/9aosp>
20. Zhang ZJ, Ali MS, Hegde R, Jugo RH, Zhang TA, Kurtzman SH. Modified transanal opening of the intersphincteric space (TROPIS): a safe and effective procedure for transsphincteric fistula-in-ano in comparison with ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT). *Tech Coloproctol*. 2025; 29:153. [doi:10.1007/s10151-025-03193-5](https://doi.org/10.1007/s10151-025-03193-5)
21. Chen YT, Wang ZC, Xie YM, Wang X, Wu XX, Li Y, Shi R, Wang J. Systematic review and meta-analysis of Transanal Opening of Intersphincteric Space (TROPIS) versus conventional treatments for anal fistula. *Surg Open Sci*. 2025; 27:15-30. [doi:10.1016/j.sopen.2025.05.010](https://doi.org/10.1016/j.sopen.2025.05.010). PMID:40607121.